

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA

Faculté des Sciences Humaines et sociales

Département : Sciences Sociales

Option : Psychologie clinique

**Mémoire De Fin De Cycle en Vue D'obtention Du Diplôme
De Master en Psychologie Clinique**

Thème

**Le vécu psychologique des mères ayant un
enfant atteint d'une hydrocéphalie**

Etude de 06 cas au niveau du CHU de Bejaia

Réaliser par :

M^{lle} : CHERRAT Kahina

M^{lle} : CHERAK Khadidja

Encadré par :

M^r : MEBAREK BOUCHAALA. F

Année universitaire : 2016/2017

Remerciement

Nous remercierons dieu le tout puissant de nous avoir accordé santé et courage pour accomplir ce travail.

Nous tenons à remercier notre promoteur Mr MEBAREK, enseignant à l'université de Béjaia, pour nous avoir suivie durant la réalisation de ce modeste Travail, les conseils qu'il nous a prodigués, pour la confiance qu'il nous a accordée, sa disponibilité et la patience dont il a fait preuve, et qui nous a été d'un apport précieux pour l'accomplissement de ce travail

Nous profitons de ces quelques lignes pour remercier toutes les personnes qui nous ont aidés, de près ou de loins, pour réaliser ce travail de fin d'étude, en particulier Mr RIAD psychologue au service Neurochirurgie de l'hôpital KHELIL Amrane BEJAIA.

On remercie les enseignants de département Sciences Sociales pour leurs contributions dans notre formation.

Nous souhaitons remercier également le personnel du L'Hôpital KHELIL Amran surtout ceux du service Neurochirurgie, pour le temps qu'ils nous ont consacré et leur gentillesse, ainsi que l'ensemble des mères qui ont accepté de participer à cette étude.

Merci

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

À mes chers parents qui m'ont aidé énormément, surtout ma mère qui n'a pas cessé de me soutenir et m'encourager, durant tout le cursus scolaire, que dieu vous accorde une bonne santé et vous garde pour nous.

À ma chère grand-mère

À mes chères sœurs et frères

À ma binôme : CHERAK Khadidja

Sans oublier tout(es) mes ami(e)s

À tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Encore Merci

Kahina

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

A mes chers parents qui m'ont aidé énormément, surtout ma mère qui n'a pas cessé de me soutenir et m'encourager, durant tout le cursus scolaire, que dieu vous accorde une bonne santé et vous garde pour nous.

A mes chers parents

A mes chères sœurs et frères

A toute portant nom : Cheraḵ, Mourad et Kheddi

A ma binôme : CHERRAT Kahina

A mes oncles

Sans oublier toutes mes amis/amies : Wahiba, Sabrina ,Amina , Zahra ,Abla, Samra et Farouḵ

A tout ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Encore Merci

Khadidja

LISTE DES ABREVIATIONS

LCS : liquide cébrospinal

PC : périmètre crânien.

SA : semaine d'aménorrhée

HTIC : hypertension intracrânienne.

MMG : myéломéningocèle.

BIP : diamètre bipariétal.

LVR : latéral ventriculaire ratio.

VHR : ventriculaire Horn ratio

CMV : cytomégalovirus.

Mm Hg : millimètre de mercure.

HSD : hématome sous durale.

ETF : échographie transfontanellaire.

TDM : tomodensitomètre.

IRM : imagerie par résonance magnétique.

EEG : électroencéphalogramme.

PL : ponction lombaire.

VCS : ventriculocisternostomie.

DVP : dérivation ventriculopéritonéale.

DVA : dérivation ventriculoatriale.

V3 : troisième ventricule.

Liste des tableaux :

N° de tableau	Titre de tableau	La page
N° 1	Comparaison des différentes techniques de diagnostic de L'hydrocéphalie	19
N° 2	Tableau récapitulatif des caractéristiques de population d'étude.	70
N° 3	notes seuils au BDI-II	78
N° 4	résultats de l'échelle de BECK de 1er cas	83
N° 5	résultats de l'échelle de BECK de 2eme cas	89
N° 6	résultats de l'échelle de BECK de 3eme cas	94
N° 7	résultats de l'échelle de BECK de 4eme cas	100
N° 8	résultats de l'échelle de BECK de 5eme cas	105
N° 9	résultats de l'échelle de BECK de 6eme cas	109
N° 10	Tableau récapitulatif des résultats de l'échelle de BECK	112

Sommaire

Introduction générale.....01

CHAPITRE I : La problématique & hypothèses

I- Problématique et hypothèses

II-Définition des concepts clés05

III-Opérationnalisation des concepts11

Partie théorique

CHAPITRE II : L'hydrocéphalie

Préambule

I-Aperçue historique13

II-Définition

III-Données populationnelles.....

IV-Rappel anatomophysiologique

V-Les types d'hydrocéphalie

VI- L'étiologie et les facteurs de risques

VII-Diagnostic

VIII-Conditions associées

VIII-1 Conditions menant aux mêmes observations cliniques.....

VIII-2 Hydrocéphalie en présence d'autres anomalies du cerveau

VIII-3 Les troubles associant

IX- Pronostic et complications	
X-Examens complémentaires	
XI- La prise en charge	
Conclusion	28

CHAPITRE III : Le vécu psychologique

LA DEPRESSION

Préambule

I-L'histoire de la dépression	30
-------------------------------------	----

II-Définition	
---------------------	--

III-La prévalence	
-------------------------	--

Dépression de l'adulte : aspects cliniques

Episode dépressif caractérisé

I-Approche dimensionnelle	
---------------------------------	--

II-Approche catégorielle : les classifications internationales	
--	--

Conclusion	
------------------	--

LES MECANISMES DES DEFENSES

Préambule

Introduction.....	
-------------------	--

Les différentes étapes pour arriver à l'acceptation

I-Réaction émotionnelle	
-------------------------------	--

II-Les mécanismes de défenses.....	
------------------------------------	--

III-Le traumatisme de l'annonce de la maladie ou de l'accident	
--	--

IV-La place de l'annonce	
--------------------------------	--

V-L'impacte traumatique	
-------------------------------	--

VI-Les modalités d'expression de souffrance psychique	
---	--

Conclusion.....	57
-----------------	----

Partie pratique

CHAPITRE IV

Préambule

Introduction.....	60
I-Les objectifs de la recherche	
II-la démarche de la recherche	
III-Description de lieu de la recherche	
IV-La population d'étude	
V-Les techniques de la recherche	
VI-L'échelle de la dépression de Beck	
VII-Les difficultés de la recherche	
VIII-Les points positifs de la recherche	
Conclusion	73

CHAPITRE V

Présentation et l'analyse des résultats

Présentation de 1^{er} cas : « Lila »

I- L'analyse de l'entretien clinique.....	75
---	----

II-LANALYSE DE L'INVENTAIRE DE BECK.....

Présentation de 2^{ème} cas

I-L'analyse de l'entretien.....	
---------------------------------	--

II-LANALYSE DE L'INVENTAIRE DE BECK.....

Présentation de 3^{ème} cas

I-L'ANALYSE DU L'ENTRETIEN.....	
---------------------------------	--

2-LANALYSE DE L'INVENTAIRE DE BECK.....	
Présentation de 4 ^{ème} cas	
I-L'analyse de l'entretien.....	
II-LANALYSE DE L'INVENTAIRE DE BECK.....	
Présentation de 5 ^{ème} cas	
I-L'analyse du l'entretien.....	
II-LANALYSE DE L'INVENTAIRE DE BECK	
Présentation de 6 ^{ème} cas	
I-L'analyse du l'entretien.....	
II-LANALYSE DE L'INVENTAIRE DE BECK.....	
Discussion des hypothèses.....	
Conclusion	108
Conclusion générale.....	110
Bibliographie	
Liste des tableaux	
Liste des abréviations	
Annexes	

Introduction

Générale

Introduction Générale

Quand l'enfant naît, ou quand il est adopté après des années d'attente, il devient « enfant réel ». Si l'enfant de la réalité correspond à l'enfant imaginaire, la rencontre entre l'enfant et ses parents peut être source d'apaisement, valoriser les parents, les gratifier narcissiquement et les rassurer sur leurs capacités à être de bons parents.

Si l'enfant réel n'est pas ce « bébé magique » tant espéré, s'il ne correspond pas à ce qu'ils imaginaient, à ce qu'ils espéraient, s'il confronte les parents à des difficultés ou des épreuves insupportables, cet enfant peut, pour certains parents, devenir comme une blessure inacceptable.

La rencontre entre l'enfant et ses parents est alors mise à mal et la construction du lien parents-enfant peut être en souffrance. (Hélène.R 2011, P.97).

La naissance d'un enfant hydrocéphalie est un événement qui bouleverse la vie d'un couple ; plus précisément la mère, c'est elle qui vivement déçue, dévalorisé tout les rêves, toutes les images d'un enfant idéal est disparaître.

D'un autre coté la culpabilité est apparaître, elle se sent touché dans sa culpabilité à transmettre la vie. Un état de choc, une dépression, une anxiété qui s'installe et qui alerte sa santé physique et psychique.

L'hydrocéphalie se caractérise par un trouble de l'hydrodynamique, intra crânienne du liquide cébrospinal (L C S) qui entraîne une délectation des ventricules et/ou des espaces sous arachnoïdiens, il s'agit en fait d'une entité polymorphe, tant sur le plan de la présentation clinique que de l'étiologie.

De notre part nous avons réalisé une recherche sur le thème « le vécu psychologique des mères ayants enfants atteints d'hydrocéphalie, dans l'objectif de déterminer le vécu psychologique de ces mères, et est ce que les mères ayants enfants atteints d'hydrocéphalie souffrent de troubles psychologiques,

Introduction générale

notamment la dépression et quel est le niveau d'intensité ? et détecter les symptômes qui mènent à l'apparition d'une dépression chez ces mères, pour apporter à la recherche académique.

Et pour réaliser notre recherche, nous avons opté pour l'approche intégrative : la théorie psychanalytique afin de comprendre le vécu psychologique de ces mères ayant enfants atteints d'hydrocéphalie, ainsi que la théorie cognitivo-comportementale, afin d'expliquer les différentes pensées et cognitions de ces mères, ainsi l'approche médicale pour comprendre la maladie de leurs enfants. Elles servent de cadre référentiel à notre recherche.

Nous avons choisi comme terrain du stage le centre hospitalo-universitaire (C H U) de Bejaia dans le service de neurochirurgie, d'approche psychanalytique et approche médicale avaient servis à notre recherche

Notre recherche est composée de cinq chapitres, le premier chapitre est réservé pour : la problématique et hypothèses, le deuxième chapitre est consacré pour l'hydrocéphalie tel que : préambule, l'historique, définition, rappel anatomique, les facteurs de risques et les troubles associant, Le troisième chapitre est précisé pour le vécu psychologique : les mécanismes de défenses et la dépression chez les mères , , le quatrième chapitre contient : la méthodologie de la recherche : ou on trouve : la démarche et la population de recherche , les méthodes de la recherche ; présentation de lieu et e temps de la recherche, présentation de groupe d'étude , les techniques utilisées et leurs analyses , la modalité de la passation du teste et le déroulement de l'entretien, le dernier chapitre est réservé pour : analyse des résultats et la discussion de l'hypothèse et en se terminent par une conclusion générale.

Partie

Théorique

Chapitre I

I- Problématique et hypothèses :

I-1 Problématique :

« Vous dites : "c'est fatigant de fréquenter les enfants", vous avez raison. Vous ajoutez : "parce qu'il faut se baisser, s'incliner, se coucher, se faire tout petit". Là, vous avez tort, ce n'est pas cela qui fatigue le plus. C'est le fait d'être obligé de s'élever, de se mettre sur la pointe des pieds jusqu'à la hauteur de leurs sentiments, pour ne pas les blesser. »

Janusz Korczak.

Devenir parent c'est à la fois reconnaître que ce petit être est un enfant (processus d'humanisation) que c'est aussi leur enfant (processus de parentification) et enfin qui ils sont ou deviendront de bons parents pour lui (processus de compétence parentale).

Les liens de l'enfant et de ses parents s'inscrivent dans une dimension administrative et juridique (parente ; responsabilité ; autorité) Dans une dimension biologique et dans une les parents face à une répétition (avoir un enfant comme leurs propres parents) et à une création (affirmer une singularité en ayant à soi ; qu'il soit ou non son enfant biologique) , c'est aussi et surtout dans cette dimension psychique, qui s'étaye bien avant la naissance de l'enfant , bien avant sa reconnaître dans la réalité, que se constitue le lien de l'enfant avec ses parents. (Helene,R,2011 ,p,96).

Winnicott a été l'un des premiers spécialistes de la petite enfance à transmettre cette évidence qu'un bébé n'est pas tout seul. L'enfant plus grand, l'adolescent n'existent pas d'avantages tout seuls, même si leurs ressources individuelles leur permettent de suivre matériellement davantage,

psychiquement, s'il n'y pas l'autre, si l'enfant est seul, il ne peut pas survivre. (Helene,R,2011 ,p,95).

La maladie ou l'handicape représente une agression de l'image inconsciente du Corp. Qui ne permet plus à l'enfant de se ressentir dans ce que DOLTO appelait : une mentie d'être, son Corp. Lui apparait totalement différent, étranger, sans qu'il n est plus le moindre contrôle sur lui profondément l image du Corp, et peuvent longtemps après la guérison, laisser une cicatrice psychique invisible.

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, le handicap est défini comme étant « situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre, par rapport à l'autre personne »(Hattel.B, P,421).

Les origines et les manifestations d'un handicap peuvent êtres multiples au delà de ses classifications, les types de l handicap peuvent ainsi être envisages a différentes niveau .tout d'abord selon leur nature : handicaps mentaux, handicaps physiques, le polyhandicapé, Le pluri handicap ou handicap associes, le sur handicap, congénital et, Acquis.

Statistiques :Il ya environ 2 million d'handicap en Algérie selon l'office nationale des statistique mais elle est toujours en augmentation.

Toujours selon l'OMS le l'handicap moteur est le plus important (44%) des personnes handicapées suivi par handicap liée à la compréhension et la communication (32%) tandis que le handicap visuel concerne 32% des personnes handicapés.

L'hydrocéphalie se définit par la présence d'eau en excès dans la tête. Plus précisément, elle se caractérise par une quantité anormalement élevée de

liquide céphalo-rachidien (LCR) dans les cavités ou ventricules du cerveau. Ce liquide est naturellement présent dans la tête, entre le cerveau et le crâne. Il remplit plusieurs fonctions essentielles comme absorber les coups, transporter les hormones, contribuer à l'élimination des déchets produits dans le cerveau... Il est fabriqué dans les ventricules du cerveau avant d'être évacué dans la circulation sanguine, par les grosses veines à la surface du cerveau. Quand ce circuit normal est entravé ou bouché, le liquide s'accumule et provoque un gonflement de la tête : c'est l'hydrocéphalie. Elle concerne environ 3 cas pour 1 000 naissances.

L'hydrocéphalie de l'enfant est une pathologie assez fréquente qui peut s'observer à tout âge, mais il est indispensable en pratique de distinguer les formes anténatales, néonatales, les formes du nourrisson et celles du grand enfant. Elles s'opposent par leur fréquence relative, leurs aspects cliniques et leur pronostic. De plus, l'apport de techniques d'exploration fiables et non invasives a permis le dépistage très précoce de l'hydrocéphalie et a profondément modifié les circonstances de découverte et le pronostic vital et fonctionnel des enfants hydrocéphales.

Avant l'ère du traitement chirurgical, le taux de mortalité des hydrocéphalies était de 80% et les décès survenaient surtout dans les 18 premiers mois de vie. Actuellement, l'évolution des hydrocéphalies traitées est le plus souvent favorable puisque la mortalité se situerait autour de 17%, la majorité des décès surviennent dans les deux premières années ; ils sont surtout dus à la progression de la maladie primitives ou à des pathologies intercurrentes et à un moindre degré aux complications postopératoires ou liées au shunt. (AMAROU Nadja,2003.

L'enfant n'est pas au même niveau d'investigation de son Corp. que l'adulte, il n a pas les mêmes ressources pour traduire et décrypter ce qu'il en

train de vivre, confronter a un vécu émotionnel débordant ses capacités élaboration et donc de représentationnel psychiques, il ne peut plus intégrés a l image fonctionnelle de son corps .les conséquences de la maladie ou de l accident

L'annonce d'une maladie grave ou d'un handicap d'un enfant en devenir est un événement traumatique au sens ou elle confronte a la mort : la mort possible du bébé a maitre (dans les diagnostics anténataux)

La mort de l'enfant des rêves, la mort des projets envisages et la mort de l'enfant réel.

Face à la maladie, le risque psychique pour chacun des parents est alors d'être submerge par le vague traumatique que représente l accompagnement de leur enfant malade être profondément blesses dans leur narcissisme et déborde dans leur capacité à contenir toutes les pulsions hostiles et de structurantes.A coté de la dépression, les parents notamment les mères développent (Helene,R,2011 ,p,96)

A partir de là, la dépression se définit donc selon le grand dictionnaire de la psychologie comme une : « maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l 'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur ».(Tamisier.J-C,2011,P256).

des stratégie adaptatives pour se défendre et se protéger face à l'évènement traumatisant.ces différentes réaction permettent à chaque parent de faire face à la situation.(Lafaye.M,2009,P.70).

parmi les causes différentes de la dépression chez les femmes, on site, le handicap de leur enfant . de nombreuse études révèlent la présence de la

dépression chez les mères avec le développement de leur enfant.(Bouchloukh.M,2011,P,58).

selon Norbert.S(1999), la dépression, état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une dimension du tonus et del'énergie.(Norbert.S,1999,P78).

La dépression se cachait sous une série de symptômes, en particulier derrière les confits d'ordre sexuel. Cette fois ci, cette dépression est à vif, parfois même exhibée ; elle ne centre non pas du tout sur le plaisir ou le non plaisir du fonctionnement du corps, mais sur l'inhibition intellectuelle.(Brousselle.A et All,2001,P25).

Nous avons vus des travaux de recherches on trouve que l'annonce de la maladie est tardive ,c'est différentes que les autres maladies. Notre but c' est de comprendre la raison est pour cella on a choisis ce thème qui s intitulé : Le vécu psychologique des mères ayant un enfant hydrocéphalie. C est un thème d actualité surtout que peu de recherches sont intéresse à l'aspect psychologique de cette maladie en Algérie.

Notre but est de comprendre les souffrances de la mère, aider la maman de déplacer, aider la maman pour l acceptation de son bébé, elle va pouvoir a relever son enfant qui permettre de faciliter la prise en charge précoce est pour cella on a confronté la question suivantes :

- ✓ Qu'elle est le vécu psychologique des mères ayant un enfant atteint d une hydrocéphalie ou d une autre façon : Qu'elles sont les réactions psychologiques des mères ayant un enfant hydrocéphale ?

I-2 Hypothèses :

- Les mères des enfants hydrocéphalies, passe par un processus réactionnel, parmi ses réactions : la dépression
- Les mères présentent souvent des réactions dépressives plus ou moins durable.

II-Définition des concepts clés :

Le vécu : l'expérience telle qu'on l'a vécue. (larousse.B,1997,P442)

Psychologique :

Mère : femme qui a mis au monde un ou plusieurs enfants. (larousse.B, 1997, P265)

Enfant hydrocéphale : garçon, fille dans l'enfance, qui atteint d'une *hydrocéphalie* : c'est une maladie sévère du liquide céphalorachidien (LCR)* qui circule dans le cerveau et la moelle épinière. (larousse.B,1997,P145)

La dépression : état pathologique de souffrance marqué par une grande chute d'énergie, du pessimisme et un dégoût de la vie. (le petit larousse,2004,P116)

III-Opérationnalisation des concepts :**III-1 Enfant atteint d'hydrocéphalie :**

- ✓ Maladie qui touche le cerveau
- ✓ Handicap
- ✓ Incapacité
- ✓ Trouble de mémoire
- ✓ Trouble de langage
- ✓ Mal transformation physique
- ✓ Une grande tête

III-2 La dépression :

- ✓ Sentiment d'être punie
- ✓ Tristesse
- ✓ Pleure
- ✓ Sentiment de culpabilité
- ✓ Dévalorisation
- ✓ Modification de l'appétit
- ✓ Modification dans les habitudes de sommeil
- ✓ Fatigue
- ✓ Perte d'intérêt

Chapitre II

Préambule

L'hydrocéphalie est une maladie rare. Mais si les symptômes sont connus (augmentation du volume de la tête), leurs causes le sont moins. Il s'agit en fait d'un excès de liquide à l'intérieur de la boîte crânienne.

I-Aperçue historique :

L'hydrocéphalie fut décrite pour la première fois par *Hippocrate*, mais ne put être traitée avec succès qu'au *XX^e siècle*, avec l'avènement des techniques neurochirurgicales idoines.

L'hydrocéphalie (du grec ancien ὕδωρ / *húdôr* (« eau ») et κεφαλή / *kephalé* (« tête »)) est une anomalie neurologique sévère, définie par l'augmentation du volume des espaces contenant le *liquide cérébro-spinal* (LCS) : *ventricules cérébraux* et espace *sous-arachnoïdien*. Cette dilatation peut être due à une hypersécrétion de LCS, un défaut de résorption, ou une obstruction mécanique des voies de circulation. Dans les familles issues de mariages entre apparentés, l'enfant consanguin a 13 fois plus de risques de développer une hydrocéphalie.



Crâne d'hydrocéphale, Homme de 25 ans. (US Army Medical Museum Anatomical Series 789)

II-Définition :

L'hydrocéphalie est une maladie sévère du liquide céphalorachidien (LCR) qui circule dans le cerveau et la moelle épinière. L'hydrocéphalie

nécessite une surveillance continue et tout au long de la vie du patient, ce qui fait d'elle une maladie chronique. C'est une condition permanente.

Elle est le résultat d'une accumulation anormale du liquide céphalorachidien dans les cavités du cerveau appelées «ventricules» qui peut avoir pour conséquence d'élargir les ventricules et d'augmenter la pression sur le cerveau.

Le rôle du liquide céphalorachidien (LCR) ou liquide cérébro-spinal dans l'organisme est triple :

- ✓ Il absorbe et amortit les mouvements ou les chocs qui risqueraient d'endommager le cerveau.
- ✓ Il a un rôle de défense contre les infections.
- ✓ Enfin, il est le liquide dans lequel sont évacués les molécules et déchets provenant du cerveau.

Bilan :

1 - Interrogatoire de la mère : déroulement de la grossesse ? Prématurité ? Circonstance de l'accouchement ? Apgar ? • périmètre crânien à la naissance ? • notion de méningite ? d'un traumatisme crânien ?

2 - Evolutivité du développement staturo-pondéral.

3 - Recherche d'une malformation associée (Spina bifida), de lésions cutanées.

4 – Ophtalmo : FO, AV ; microphthalmie ? chorioretinite (au cours d'une toxoplasmose) ?

5 - Examen neuro psychologique permettant :

• d'objectiver des troubles fréquents chez l'enfant hydrocéphale : troubles visuo-spatiaux, trouble de la latéralisation, de l'attention, de la compréhension syntaxique, fluence verbale ("cocktail party syndrome"), *-d'apprécier l'évolutivité du développement psycho-intellectuel.

III-Données populationnelles :

Les données mondiales nous indiquent que l'hydrocéphalie touche de 0,4 à 0,8 enfant sur 1 000. Les nombreuses origines potentielles en font une atteinte relativement fréquente chez les enfants. Par exemple, l'hydrocéphalie sera vue chez 80% des enfants souffrant de la forme myéломéningocèle du spina bifida.



IV-Rappel anatomophysique :

La Sécrétion du liquide céphalo-rachidien se fait au niveau des plexus choroïdes des ventricules cérébraux, à raison de 450ml/24h (renouvelé 3à4 fois par jour)

Des ventricules latéraux, il passe dans le troisième ventricule a travers le trou de Monro ensuite le quatrième ventricule en passant par l'aqueduc de Sylvius et en fin il gagne les citernes de la base, espaces sous-arachnoïdiens via les trous de lushka et le canal épendymaire.

Sa résorption se fait essentiellement au niveau des Villosités sous arachnoïdiennes de Pacchioni repartis le long des sinus veineux. .(Takbou.I 2016, P.20).

Le schéma ;

VI- L'étiologie et les facteurs de risques :

L'hydrocéphalie est causée soit par l'obstruction de la circulation du liquide céphalorachidien (hydrocéphalie obstructive) soit par une problématique de résorption de ce liquide (hydrocéphalie communicante).

L'accumulation de liquide céphalorachidien dans les ventricules cérébraux et dans l'espace sous-arachnoïdien, secondaire à une des causes identifiées précédemment, entraîne une augmentation de la pression intracrânienne puis éventuellement une augmentation de la circonférence et du volume de la tête, en plus d'une atrophie des tissus cérébraux. Les atteintes neurologiques qui s'en suivent sont variées, selon l'étendue des lésions cérébrales et la rapidité de l'intervention pour réduire la pression intracrânienne.

Le plus souvent, l'obstruction se produit dans l'aqueduc de Sylvius, mais parfois aussi aux abords du 4^{ème} ventricule. Les causes de l'obstruction ou des problèmes de réabsorption peuvent être : une malformation, une tumeur, une infection ou un problème vasculaire. Toutes ces atteintes sont donc des facteurs de risque directs de l'hydrocéphalie :

- Les malformations incluent la dysraphisme (en lien avec le Spina bifida), la sténose de l'aqueduc de Sylvius, la malformation d'Arnold Chian, un kyste arachnoïdien, le syndrome de Walker-Warberg et d'autres.
- Les formations tumorales qui bloquent la circulation du LCR peuvent engendrer une hydrocéphalie, particulièrement celles de la fosse postérieure, suprasellaires, du 3^e ventricule, du ventricule latéral et de la région pinéale. Il arrive très rarement que la tumeur elle-même produise une hypersécrétion.

- La méningite du nourrisson, la toxoplasmose et la thrombophlébite peuvent aussi engendrer une hydrocéphalie.
- Diverses problématiques vasculaires peuvent induire une hydrocéphalie : en post-hémorragie, l'anévrisme de l'ampoule de Galien, l'hémorragie intra-ventriculaire chez l'enfant prématuré et la thrombose sinusale.
- Finalement, les traumatismes crâniens peuvent aussi provoquer un blocage de la circulation du LCR et induire une hydrocéphalie.

Quand l'hydrocéphalie est concomitante au Spina bifida ou à la syringomyélie, elle peut causer des dommages au niveau du foramen magnum et de la moelle épinière.

L'hydrocéphalie communicante n'est pas la résultante d'un blocage dans le parcours du LCR, mais plutôt d'un problème de production/résorption. Elle est généralement la résultante d'une infection ou de la présence de sang dans l'espace sous-arachnoïdien (ex : hémorragie intra-ventriculaire chez le nouveau-né prématuré) qui brisera l'équilibre du système de production et de résorption du LCR. Le LCR sera alors excédentaire dans les ventricules et l'espace sous-arachnoïdien, produisant une pression corticale indue.

VII-Diagnostic :

En période anténatale, principalement lors de l'examen de routine, l'échographie sera l'outil diagnostique par excellence de l'hydrocéphalie. L'augmentation du périmètre crânien et la dilatation des ventricules cérébraux pourront être observées.

Le diagnostic postnatal, chez le nourrisson et chez l'enfant qui a encore les fontanelles ouvertes, reposera sur l'examen clinique et l'échographie : la circonférence de la tête de l'enfant sera disproportionnée, la fontanelle bombée et les sutures crâniennes séparées. Il pourra présenter certains des signes

d'hyperpression crânienne. L'échographie permettra d'observer la dilatation des ventricules cérébraux et de l'espace sous-ara chnoïdien.

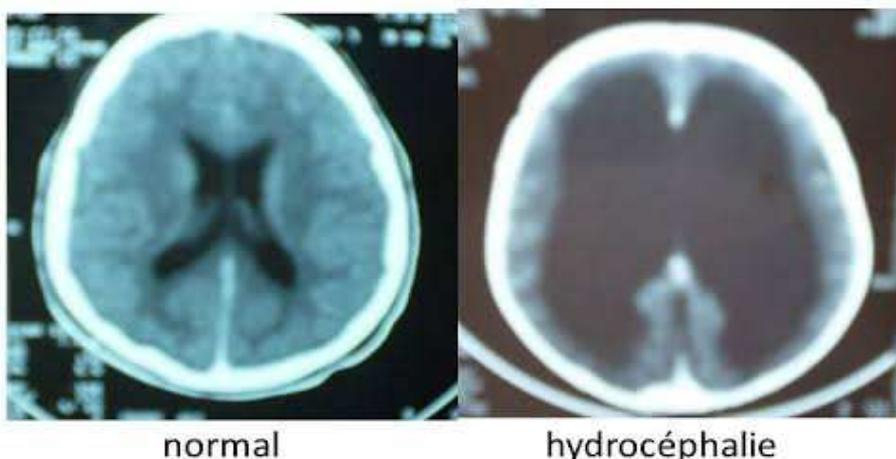
Chez l'enfant dont les fontanelles sont fermées et chez l'adulte, l'examen clinique et soit la TDM ou l'IRM seront les principaux outils diagnostics. Il en sera de même pour le suivi de l'hydrocéphalie.

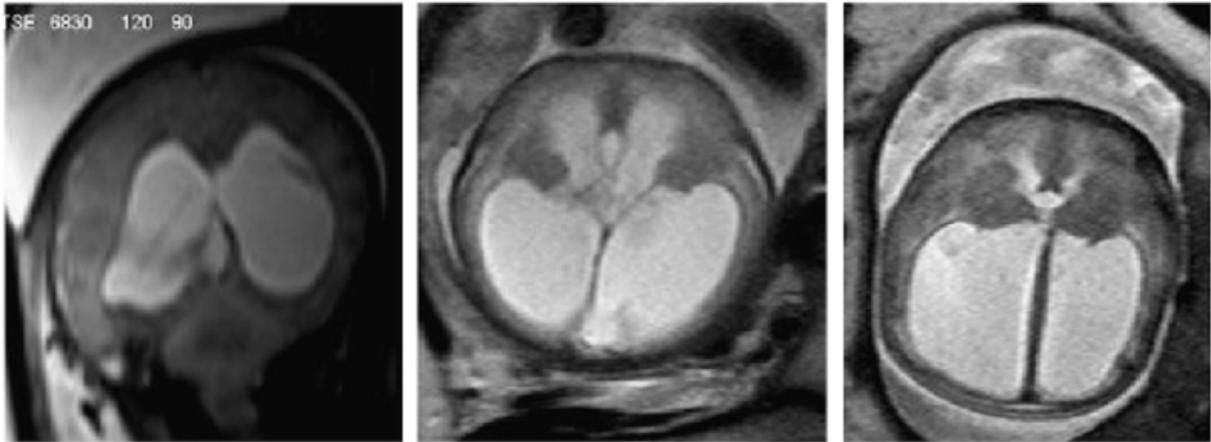
Les principaux outils diagnostiques sont donc :

- L'examen clinique, incluant la mesure du périmètre crânien;
- L'échographie prénatale ou crânienne (chez le nouveau-né);
- La tomodensitométrie (principalement pour sa facilité d'accès);
- L'imagerie à résonance magnétique;
- Et à l'occasion, l'électroencéphalogramme (s'il y a crise d'épilepsie).

.le scanner cérébral (T.D.M)

Montre la dilatation ventriculaire permet également le diagnostic étiologique ainsi le type d'hydrocéphalie (bi ,tri, ou tétra ventriculaire).





ventriculomégalie sévère chez un fœtus de troisième trimestre, en coupe axiale par IRM pondérée T2

En période anténatale, principalement lors de l'examen de routine, l'échographie sera l'outil diagnostique par excellence de l'hydrocéphalie. L'augmentation du périmètre crânien et la dilatation des ventricules cérébraux pourront être observées.



Le diagnostic postnatal, chez le nourrisson et chez l'enfant qui a encore les fontanelles ouvertes, reposera sur l'examen clinique et l'échographie : la circonférence de la tête de l'enfant sera disproportionnée, la fontanelle bombée et les sutures crâniennes séparées. Il pourra présenter certains des signes

d'hyperpression crânienne. L'échographie permettra d'observer la dilatation des ventricules cérébraux et de l'espace sous-arachnoïdien.



Chez l'enfant dont les fontanelles sont fermées et chez l'adulte, l'examen clinique et soit la TDM ou l'IRM seront les principaux outils diagnostics. Il en sera de même pour le suivi de l'hydrocéphalie.



Le suivi nécessaire après la pose d'un tube de dérivation du liquide céphalorachidien demandera de s'assurer de la progression de la circonférence crânienne, de la dimension des ventricules et du développement de l'enfant.

Tableau 1: Comparaison des différentes techniques de diagnostic de L'hydrocéphalie.

TECHNIQUES	AVANTAGES	INCONVENIENTS
RADIO SANS PREPARATION	Disponible. Rares cas de fractures	AG. N'apporte pas de

	visibles ou de tumeurs Calcifiées.	diagnostic de certitude, difficile à Interpréter.
VENTRICULOGRAPHIE	Visualisation du système ventriculaire et parfois même du site d'obstruction	AG. Manipulations risquées surtout lors d'HTIC.
ECOGRAPHIE	Sans AG, sans radiations. Bonne corrélation entre les mesures réalisées et les mesures en autopsie. Meilleure visualisation de l'interface ventricule/LCR.	Opérateur dépendant. Nécessite des fontanelles ouvertes. Pas de visualisation globale du cerveau.
SCANNER	Atraumatique par rapport à la ventriculographie. Permet une désuperposition des coupes par rapport à la radiographie. Examen de choix.	AG. Peu disponible, coûteux. Mauvaise visualisation dans la fosse caudale. Pas d'information sur les infiltrations microscopiques
IRM	Meilleure définition du parenchyme surtout dans la fosse caudale. Moins invasif que le scanner pour ce qui est des radiations. Permet des calculs de vitesse de flux. Examen de choix.	AG de longue durée. Peu disponible, coûteux (matériel, temps). Mauvaise définition osseuse.
PLCR	Orienté sur les causes de l'hydrocéphalie.	Contre-indiqué en HTIC. Donne des faux négatifs.
Mesure	de pression Permet une quantification du syndrome hypertensif.	Peu disponible. Cas particulier des NPH

EEG	Permet une visualisation de l'activité du cerveau. Peu disponible.	Peu adapté aux chiens de petite taille. Interprétation difficile.
Molécules traceuses	Donne une quantification du flux de LCR.	Scintigraphie peu utilisée en médecine vétérinaire.

VIII-Conditions associées :

La cause de l'hydrocéphalie, si elle est autre qu'une malformation, devra être traitée en premier. Cette première investigation pourra permettre de mettre en lumière d'autres conditions secondaires ou associées à l'hydrocéphalie :

VIII-1 Conditions menant aux mêmes observations cliniques

- Lésions intracrâniennes invasives (ex. : hématomes sous-duraux, tumeurs)
- Macroencéphalie due à la maladie d'Alexander ou de Canavan

VIII-2 Hydrocéphalie en présence d'autres anomalies du cerveau

- Anencéphalie
- Encéphalocèle (extériorisation sur le crâne d'une partie du cerveau)
- Malformation des hémisphères cérébraux
- Holoprosencéphalie (malformation congénitale par absence de séparation en deux hémisphères et deux ventricules du télencéphale)
- Lissencéphalie (malformation congénitale qui résulte en l'absence de sillons et de scissures cérébraux)
- Polymicrogyrie (malformation congénitale qui conduit à ce que certaines sections corticales soient plus épaisses et aient un plus grand nombre de circonvolutions que celui attendu)
- Hydranencéphalie (absence de développement des hémisphères cérébraux, à savoir une absence totale de cortex)

- Schizencéphalie (malformation cérébrale caractérisée par la présence d'une fissure bordée de substance grise qui traverse les hémisphères cérébraux)
- Dysplasie septo-optique (triade : hypoplasie des nerfs optiques, déficits hormonaux hypophysaires et malformations cérébrales de la ligne médiane)

VIII-3 Les troubles associés :

- Signes de confusion (une désorientation, une difficulté à comprendre ou à répondre à des questions simples);
- Démence
- Déséquilibre à la marche (ataxie) ;
- Incontinence (troubles sphinctériens) ;
- Troubles de vision (diplopie ou autres affections qui rend la vision douteuse) ;
- Maux de tête (céphalée à différente position comme lorsqu'on est en position assise, à la marche, etc.
- Grande fatigue, empêchant les tâches quotidiennes (asthénie) ;
- Trouble de l'articulation (dysarthrie) et autres troubles associés de la parole en lien avec l'altération centrale de la commande motrice.

IX- Pronostic et complications :

En général, lorsque l'hydrocéphalie est traitée rapidement, elle ne pose pas de sérieux problèmes pour la santé de l'enfant. Autrement, l'hyperpression, en plus d'entraîner une déformation crânienne, pourra causer la mort du tissu cérébral avec les conséquences neurologiques secondaires.

Même bien contrôlée, l'hydrocéphalie chronique pourra engendrer une puberté précoce chez les adolescentes, des troubles d'apprentissage et

d'attention et des problèmes dans les fonctions exécutives (conceptualisation, abstraction, jugement, raisonnement, organisation et planification).

Par ailleurs, la chirurgie réalisée pour traiter l'hydrocéphalie peut donner lieu à diverses complications, dont l'infection ou le dysfonctionnement du tube en raison d'une obstruction mécanique ou la formation d'une fuite. Il s'en suivra une nouvelle élévation de la pression intracrânienne. Cependant, la chirurgie elle-même est bien connue et réussie le plus souvent sans complication.

X-Examens complémentaires :

- Le scanner cérébral (sans injection d'iode) retrouve une dilatation quadrivertriculaire sans élargissement des sillons corticaux sur l'ensemble de la convexité corticale et un arrondissement des angles latéraux des ventricules (ce qui permet de différencier hydrocéphalie et atrophie cérébrale).
- L'IRM cranioencéphalique est devenu l'examen de référence. Il permet de mettre en évidence la dilatation des ventricules et des anomalies périventriculaires
- La ponction lombaire évacuatrice permet souvent d'améliorer temporairement les symptômes (en particulier les troubles de la marche). Son analyse révèle un LCS normal.

XI La prise en charge :

Le traitement de l'hydrocéphalie est aujourd'hui bien maîtrisé. Les techniques chirurgicales donnent de bons résultats.

L'hydrocéphalie est traitée grâce à une intervention chirurgicale, sous anesthésie générale.

L'objectif de l'intervention est de diminuer la pression intracrânienne et de créer une dérivation pour que l'écoulement du liquide céphalorachidien soit optimal.

L'implantation d'une valve de dérivation interne est le choix de traitement le plus souvent proposé. Ce dispositif se compose de deux cathéters et d'une valve placée sous la peau, derrière l'oreille.

Il permet à l'excès de liquide céphalorachidien en provenance du crâne de s'évacuer vers le flux sanguin (oreillette du cœur) ou vers la cavité abdominale (péritoine) et réduit ainsi la pression intracrânienne.

La ventriculostomie est la seconde option pour traiter l'hydrocéphalie. C'est une ouverture dans le ventricule faite par le chirurgien qui permet ensuite au liquide de circuler à l'intérieur et autour du cerveau comme il devrait normalement le faire.

XI-1-Les complications liées à une dérivation :

Ces interventions médicales sont maîtrisées mais elles ne sont pas sans conséquence. L'hydrocéphalie est une condition permanente. Et il peut arriver que la dérivation ne remplisse plus son rôle de régulateur du débit du liquide céphalo-rachidien.

Au cours d'une vie, la dérivation peut en effet se bloquer, se casser ou s'infecter. Dans d'autres cas, suite à la croissance de l'enfant, le cathéter peut devenir trop petit et sortir de l'abdomen.

XI-2-Intervention médico-chirurgicale :

Lorsqu'une hydrocéphalie est détectée, la première intervention qui prendra place sera de traiter la cause primaire de l'hydrocéphalie, quand il est possible de le faire, par exemple dans les situations de méningite. Dans ces conditions, les deux diagnostics sont le plus souvent concomitants.

XI-3-Traitement chirurgical :

Dans un premier temps, pour réduire temporairement la pression exercée par le liquide céphalorachidien, un drainage ventriculaire ou une série de ponctions lombaires peuvent être envisagés. D'ailleurs, dans le cas de l'hydrocéphalie à pression normale, la ponction lombaire fait souvent office de traitement.

Autrement, le traitement habituel pour l'enfant ou l'adulte ayant une hydrocéphalie progressive est la dérivation du liquide céphalorachidien grâce à un tube de plastique (shunt) reliant le ventricule latéral droit du cerveau à la cavité péritonéale ou à l'oreillette droite du cœur. Cette dérivation permet au LCR d'être ainsi résorbé ailleurs que dans le cerveau. Ce tube permet la circulation du LCR dans une seule direction, hors du cerveau, et amènera une diminution de la pression intracrânienne. Il sera laissé à demeure, même s'il devient éventuellement inutile, en raison des risques de saignements ou de traumatisme.

Quand le shunt est installé dès que l'hydrocéphalie est constatée et que les fontanelles sont encore ouvertes, le crâne pourra reprendre une circonférence normale pour s'ajuster à la taille du cerveau. Dans certains cas, notamment lorsque l'hydrocéphalie est causée par une sténose de l'aqueduc de Sylvius, la ventriculostomie endoscopique du 3e ventricule, soit la création d'une entaille entre ce dernier et l'espace sous-arachnoïdien, peut être envisagée pour drainer le liquide céphalorachidien.

Par ailleurs, si la pose du shunt entraîne une infection, une antibiothérapie sera administrée et le shunt possiblement remplacé.

Conclusion :

L'enfant atteint d'une L'hydrocéphalie a besoins de la prise en charge au sein de l'hôpital, ainsi que sa nécessité et sa disponibilité de sa maman est très important pour ces soins et l'amélioration de son état de santé.

Chapitre III

LES REACTIONS PSYCHOLOGIQUES

LA DEPRESSION

Préambule :

Les états dépressifs font partie des troubles de l'humeur. L'humeur est définie par J.Delay une disposition affective de base « qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ». (PERETTI. C-S. 2013.P.28)

I-L'histoire de la dépression :

La naissance de la notion « dépression » est lente. Son apparition perdurée par la description d'une forme de *tædium vitae* (tristesse) chez Sénèque dans la dialogue (50 ap.J-C), la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuses, selon que l'on n'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en vain de réaliser et qu'on s'épuise à espérer.

Au IV^e siècle, Saint Jean Chrysostome parle de la « *tristitia* » comme effet du dérèglement et de mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement. A la même époque, Evagre le pontique évoque l'*acédia* (désintérêt), qui fait partie des péchés capitaux et qui désigne le dégoût, et l'anxiété du cœur. Ses symptômes sont les gémissements, les plaintes, les soupirs, l'agitation, la torpeur le dégoût de soi. (Pardinielli.J-L,2005pp13-14).

Rien de spécifique jusqu'au XVII^e siècle : la dépression se perd dans la mélancolie, l'hypocondrie, les vapeurs (troubles nerveux). Mais en (1678), à Bale, Johannes Hofer publie sa dissertation de *nostalgia* pour décrire un état d'anxiété, d'insomnie, de désespoir, de rêveries douloureuses du pays : la *nostalgia* c'est le mal du pays, forme atténuée de souffrance dépressive.

En (1733), Georges Cheyne invente le « spleen » (rate arbitraire et morosité de l'humeur), dont les causes seraient l'abondance de marchandise. Il existe à l'âge classique des formes de dépression distinctes de la mélancolie. Au XIX^e siècle, Esquirol (1818) reprend, dans son texte sur le suicide, le spleen et la nostalgie sans les considérer comme suffisantes.

J-P.Falret (1822) développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse » différente de la mélancolie. En (1869), l'apparition de la « neurasthénie » établit l'existence de formes dépressives distinctes de la mélancolie. (Pardinielli.J-L,2005pp13-14).

En (1928), J.Lange sépare le domaine des dépressions en dépression endogène et dépression exogène, la première(endogène) ne possède pas de facteurs déclenchant, d'associe à des antécédents personnels ou familiaux maniaco-dépressifs, se caractérise par des sentiments d'auto-accusation, une importance inhibition, un ralentissement et ses manifestations semblent rapport avec attitude de l'entourage.

La seconde forme(dépression exogène) n'est pas marquée par des antécédents personnels ou familiaux maniaco-dépressifs, elle est réactionnelle sans retentissement psychomoteur et le malade projette sur les autres ses sentiments de culpabilité ; elle varie selon l'attitude de l'entourage.(Pardinielli.J-L,2005,PP13-14).

En (1934), la classification américaine intègre la notion « dépression réactionnelle », chez Fenichel (1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, « la dépression névrotique » est clairement mentionnée ; tout en maintenant qu'il n'existe pas de frontière nette entre la dépression psychotique et la dépression névrotique, il estime que cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objets la classe « dépression névrotique » est de plus en plus

utilisée, puis celle de « dépression limite », avant de faire l'objet de vivre controverses dans les années (80). (Pedielli, J-L,2005,pp14-15)

II-Définition :

L'étymologie du mot n'annonce pourtant a priori rien de bon. De Latine dépression qui signifie « enfoncement » (littéralement, déprimer veut dire « presser de haut en bas »), le vocale « dépression » apparait foncièrement négative. (Marty François,2008.P248).

la dépression peut être défini comme un trouble psychologique caractérisé par une baisse de l'humeur marquant une rupture avec l'état et le fonctionnement antérieurs de la dépression ; la dépression est une des maladies les plus répandues et les plus invalidantes dans le monde avec plus de 100 millions de personnes atteintes chaque année . elle peut survenir à tout âge, du jeune enfant à la personne âgée. (PERETTI. C-S. 2013.P.28)

la dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagnant généralement d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, la fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodéprédiation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser.(Henriette.B,1992.P.206).

La dépression est un « état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, les découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter a moindre difficulté. Aussi e prend-il aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelle, notamment l'attention et la mémoire,

sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie ». (Sillamy.N.2006.P79).

III-La prévalence :

Les chiffres et statistiques des troubles dépressifs dans le monde :

L'OMS (Organisation mondiale pour la Santé) estime que les troubles dépressifs représentent le 1er facteur de morbidité et d'incapacité sur le plan mondial (communiqué de mars 2017). Ainsi, on compte plus de 300 millions de personnes dans le monde souffrant de dépression soit une augmentation de plus de 18 % de 2005 à 2015. La dépression n'est pas un trouble de santé à prendre à la légère. Elle peut conduire au suicide. Chaque année, près de 800 000 personnes meurent en se suicidant. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans.

Ces chiffres inquiétants mobilisent les organisations de santé au niveau mondial et national. L'OMS a renforcé le programme d'action «Comblers les lacunes en santé mentale (mhGAP)». Ce programme a pour but d'aider les pays à élargir les services destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances. En effet, en apportant des soins, une aide psychosociale et des médicaments appropriés à, ces dizaines de millions de personnes souffrants de troubles psychiques de pourraient commencer à mener une vie normale. (<https://www.la-depression.org/comprendre-la-depression/la-depression-en-chiffre/>)

Dépression de l'adulte : aspects cliniques

Episode dépressif caractérisé :

Les terminologies « dépression » ou « déprimé » désignent une multitude d'états de malaise psychologique dans le langage courant. Cette utilisation extensive du concept dépression ne clarifie évidemment pas la question lorsqu'elle aboutit à qualifier ainsi toute état de tension ou de tristesse reflétant des difficultés existentielle, il est important ici de préciser au mieux ce qu'englobe la sémiologie de la maladie dépressive.

I-Approche dimensionnelle :

La sémiologie d'un syndrome dépressif franc et complet est caractérisée par une triade symptomatique associant ; une humeur dépressif, un ralentissement psychomoteur des signes somatiques associés. Dans sa forme typique, le diagnostique de dépression est assez aisé.

I-1-Humeur dépressive

L'humeur dépressive persistante caractéristique de la dépression, il convient de chercher une tristesse malgré soi (tristesse pathologique), une douleur morale lancinante, un pessimisme de soi et du monde, une perte de l'estime de soi, une autodévalorisation . l'installation de cette humeur dépressive, souvent progressive, se traduit initialement une hyperréactivité émotionnelle négative dans des situations communes de la vie quotidienne.

Généralement , l'entourage et le patient lui-même perçoivent le caractère inhabituel et disproportionné des réactions émotionnelles. Cette thymie douloureuse s'accompagne généralement d'épisodes de pleurs fréquents et non maîtrisable. On retrouve également un sentiment de lassitude, d'émoussement voire d'indifférence affective, une diminution , un désintérêt ou une absence de plaisir (anhédonie) pour les activités habituelles.

La perte de la capacité à s'émouvoir (indifférence voire anesthésie affective) est vécue douloureusement par le déprimé et engendre un sentiment de culpabilité à l'égard des proches. L'insatisfaction affecte tous les aspects de la vie. Il existe un sentiment constant et général de mal-être et de désespoir. Pour le patient déprimé, la vie paraît terne et sans espoir. La pensée est envahie par un pessimisme lancinant et implacable.

A l'extrême, le patient peut présenter des idées mélancoliques d'indignité, d'incurabilité et/ou de culpabilité. Dans certains cas, il s'agit plutôt d'une humeur instable et irascible, bougonne, revêche, entrecoupée de colères agressives soudaines. Ces accès sont inhabituels, disproportionnés et anormalement durables.

Le déprimé est bloqué dans un présent douloureux, sans possibilité d'envisager un futur, et où un refuge dans le passé est souvent compromis du fait de l'existence d'événements considérés comme honteux et inavouables. Les idéations suicidaires sont fréquentes et doivent systématiquement être recherchées.

Une fluctuation dans le temps de l'humeur dépressive, à l'échelle du nyctémère où de plus longues périodes, est classique et très évocatrice. classiquement, la douleur morale profonde, et la perte d'élan vital sont intenses le matin puis cet inconfort maximal laisse place à un soulagement à l'approche de la fin de journée vécue comme épuisante et sans issue (amélioration vespérale). Parfois, au contraire, on observe une dégradation progressive des symptômes au cours de la journée.

Dans certains cas, une dysphorie s'exprimant par une humeur instable et irascible, entrecoupée de colères agressives soudaines masque la tristesse, l'inhibition et l'apathie.

Ces accès sont inhabituels, disproportionnés et anormalement durable, les sautes d'humeur et l'agressivité, souvent culpabilisées, sont durement vécues et peuvent alimenter une conduite suicidaire .

I-2-Les symptômes :

Des symptômes anxieux sont fréquemment observés, telles que

- des attaques de paniques ou une tension intérieure permanente accompagnée de ruminations exagérées apparaissant pour des soucis, certes réels, mais plus souvent mineurs.
- L'angoisse vient noircir un tableau déjà sombre en y ajoutant une dimension de catastrophe imminente . cette attente insupportable du pire explique l'état d'hypervigilance anxieuse et agitée des patients . quand les affectes anxieux teintent voire dominant le tableau clinique, le ralentissement et le repli laissent place à un état d'agitation (activités désorganisées et improductives, allées et venues incessantes) et de tension (gorge nouée, boule à l'estomac , inconfort digestif, palpitations, sueurs, précordialgie.....).
- L'incapacité à se détendre physiquement majore l'agitation . lors des pics anxieux, le désarroi peut être tel qu'il conduit à des passages à l'acte soudains (raptus anxieux) auto- ou hétéro-agressifs. Le risque est que la mort puisse alors être conceptualisé comme la seule issue à cette souffrance. (C-S. PERETTI.2003.P.28 ;29 ;30)

I-2-1-Ralentissement psychomoteur :

L'expression clinique du ralentissement psychomoteur et généralement visible à la phase de la dépression. Lors de la phase d'installation de l'état dépressif, le ralentissement existe sous une forme subtile explicitée par le patient

comme la nécessité de fournir un effort plus important pour effectuer des actions habituelles. Le déprimé se sent dans un premier temps laborieux, malhabile.

Dans une conception classique, le ralentissement est un indice de sévérité qui caractérise les dépressions mélancoliques ou endogènes. Dans une conception plus actuelle, il s'agirait d'un pattern comportemental qui affecterait, avec une intensité variable, l'ensemble des conduites motrices ou cognitives (notamment attentionnelles et mnésiques). (C-S. PERETTI.2003.P.30)

I-2-2-Ralentissement moteur

On retrouve une impression de fatigabilité plus importante qu'à l'accoutumée, un sentiment d'épuisement voire une asthénie vitale. Tout mouvement devient un effort vite épuisant. Tout dans l'attitude du sujet paraît lent, dénué de vivacité et approximatif.

Le visage est peu expressif, hypomimique, voire figé dans une expression douloureuse (oméga mélancolique), l'incapacité de les réaliser, témoigne de les mouvements sont diminués, la marche ralentie.

A un stade plus avancé, on retrouve fréquemment une tendance à la clinophilie.

A l'extrême, le patient devient stuporeux avec une disparition de toute activité motrice.

La prosodie est marquée par une voix basse, monotone, peu audible et un ton monocorde.

Dans environ 10% des cas, lorsque les symptômes sont dominés par l'anxiété, une agitation remplace le ralentissement psychomoteur. (C-S. PERETTI.2003.P.30)

I-2-3-Ralentissement cognitif :

A des degrés variables, les troubles cognitifs sont constamment retrouvés chez les patients déprimés. Les troubles cognitifs font référence au ralentissement psychique, aux troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire.

Ils sont fonctionnels et réversibles (c'est-à-dire qu'ils disparaissent lorsque l'état dépressif disparaît).

- la répétition d'épisode dépressifs pourrait laisser des séquelles cognitives.
 - La nécessité de fournir un effort intellectuel plus important pour effectuer des actions habituelles, voire l'incapacité de les réaliser, témoigne de l'existence d'un ralentissement psychique.
 - La pensée du sujet apparaît laborieuse et appauvrie (bradypsychie). La bradypsychie est aggravée par des difficultés à apprendre des décisions (aboulie) et/ou à commencer une action (apragmatisme) ce qui aboutit à un déficit d'anticipation et d'adaptation.
 - lors d'une conversation, on remarque des délais de réponse allongés et un ajustement sur sa plainte dépressive et sa souffrance (monoïdéisme dépressif).
- Les troubles de la mémoire sont une plainte fréquente chez les déprimés, consistant parfois le seul motif de consultation. Généralement, ils sont associés à d'autres symptômes, tels que des troubles des décisions. On peut classer les troubles mnésiques du déprimé en deux grands types :
 1. Les troubles quantitatifs sont des pertes de mémoire(essentiellement des difficultés à se remémorer les faits récents).

2. Les troubles qualitatifs se rapportent aux distorsions cognitives secondaires à l'humeur dépressive avec une mémorisation préférentielle des événements qui ont une valence émotionnelle négative (qui renforce à son tour le sentiment de dévalorisation et de vision négative du monde). (C-S. PERETTI.2003.P.30)

I-2-4-Signes somatiques associés

Les plaintes somatiques sont fréquentes chez les déprimés, constituant parfois le seul motif de consultation. La plupart des plaintes douloureuses (céphalées, lombalgies, myalgies) sont deux à trois fois plus fréquentes chez les patients présentant une dépression. Ces symptômes peuvent être reliés ou aggravés par la dépression.

Les principaux signes somatiques de dépression sont :

- L'asthénie, symptôme le plus fréquent et souvent plus précoce. Sa prédominance matinale et son amélioration vespérale sont des signes fortement évocateurs d'un troubles de l'humeur sous-jacent ;
- Des troubles de l'appétit :
 - Une anorexie involontaire est très fréquente avec dégoût des aliments, sensation d'oppression dans la gorge. Lorsque cette anorexie existe, elle s'accompagne d'une perte de poids dont l'importance est un signe de gravité,
 - Dans 10% des cas, on retrouve à l'inverse une hyperphagie avec prise de poids, cette hyperphagie est en générale concomitante d'un fond anxieux important ;
- Des troubles du sommeil variables ;
 - sentiment d'un sommeil de mauvaise qualité et non réparateur en dépit d'un temps de sommeil habituel,

- insomnie d'endormissement accompagnée d'une tension psychologique avec rumination anxieuses et tension neuromusculaire rendant le repos impossible,
 - insomnie de milieu de nuit avec un sommeil entrecoupé de réveils multiples,
 - insomnie de fin de nuit, éveil en avance sur les réveils habituels du sujet : elle est très évocatrice d'un trouble dépressif. Ce réveil est classiquement douloureux et à haut risque de passage à l'acte suicidaire,
 - insomnie mixte , associant retard à l'endormissement, réveils nocturnes et en avance matinale, conduisant à un rapide épuisement,
 - hypersomnie dans 10% des cas : le patient trouve refuge dans un sommeil qui a perdu sa valeur réparatrice d'où la sensation de fatigue dès le réveil. Cette hypersomnie peut s'accompagner d'une somnolence diurne,
- des troubles de la libido : baisse de la libido, impuissance ou frigidité ;
 - des troubles digestifs : inconfort, ballonnement abdominal, diarrhée, constipation, gastralgies... ces plaintes digestives sont souvent au premier plan,
 - des algies divers : céphalées, polyalgies articulaire, crampes musculaires, troubles cénesthopathiques.....,
 - des troubles cardiovasculaires : palpitations, bouffées vasomotrices, hypotension voire bradycardie (dans dépression dominée par le ralentissement).

L'intensité des symptômes somatiques peut fluctuer sur le nycthémère.

Lorsque les symptômes physiques sont au premier plan on parle alors de dépression masquée. (C-S. PERETTI.2003.P.31.32)

II-Approche catégorielle : les classifications internationales :

Dans tous les domaines médicaux ,le regard du clinicien à évolué ;développant une approche plus scientifique et moins diathèque des pathologies.

La psychiatrie n'a pa échappé à cette mutation. Face à cette exigence nouvelle de rigueur, les psychiatres ont développé un mode classificatoire critériologique uniquement descriptif. De nos jours, il existe deux grands manuels de classification internationale :

- le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM,4eme version révisée(DSM-IV-TR) ; classification américaine) : syndrome des troubles à partir de critère observables ou décrit par le patient ;
- classification internationale des maladies (CIM,10^e version(CIM10) ; classification européenne).

Dans ces manuels de classification, la « dépression »,dénommée épisode dépressif caractérisé (ou majeur, si l'on utile une traduction littérale), appartient à la catégorie des « troubles de l'humeur ». les critères nécessaires pour poser le diagnostic sont présentés dans l'encadré3.1. les symptômes doivent être installés depuis au mois 15jours et marqués une rupture avec le comportement habituel du sujet.

Une fois le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé posé, il faut préciser son niveau de sévérité :

- léger : les activités professionnelles, sociales simples, ou les relations avec les autres sont entravées de façon mineuse ;
- modéré : les symptômes et altérations fonctionnelles sont compris entre les deux extrêmes ((léger et sévère). Les activités professionnelles, sociales simples, ou les relations avec les autres sont réalisées avec peine et au prix d'effort (C-S. PERETTI.2003.P.32)

II-1 critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur, c'est –à-dire caractérisé(DSM-iv-TR)

A. au mois cinq des symptômes suivants doivent avoir présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive (1), soit une perte d'intérêt ou de plaisir(2) :

- **(1) humeur dépressive présente pratiquement toute journée, presque tout les jours, signalée par le sujet(ex : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (ex : pleure)**
- **(2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tout les jours (signalés par le sujet ou observée par les autres) ;**
- **(3) perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5% , ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours**
- **(4) insomnie ou hypersomnie presque tous les jours ;**
- **(5) agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par l'autres , non limité à un sentiment subjectif de fièvre ou de ralentissement intérieur) ;**
- **(6) fatigue ou perte d'énergie presque tout les jours ;**
- **(7) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive inappropriée (qui peut être délirante), presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade) ;**
- **(8) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) ;**

- **(9) pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.**
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte(les critères sont réunis à la fois pour un épisode maniaque et pour un épisode dépressif majeur à l'exception du critère de durée) et cela presque tous les jours pendant au moins 1 semaine.**
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.**
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (ex : une substance donnant lieu à un abus , un médicament) ou d'une affection médicale générale (ex : hypothyroïdie).**
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2mois ou s'accompagnent morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychologiques ou d'un ralentissement psychomoteur. (C-S. PERETTI.2003.P.33)**

II-2 Les modalités de prise en charge d'un patient déprimé :

Instauration de la prise en charge :

Il faut traiter un état dépressif d'intensité modérée à sévère à partir du moment où le diagnostic est établi. Un état dépressif entraîne une réelle et telle souffrance morale, éventuellement compliquée d'un risque suicidaire, qu'il n'y a aucune raison d'attendre pour prescrire un antidépresseur.

Le traitement anti dépresseur agit à la fois sur l'humeur dépressive et sur les dérèglements physiologiques liés à l'état thymique, dont la persistance peut être un facteur de pérennisation des troubles dépressifs.

Les modalités les plus importantes peuvent être ainsi résumées :

- La prescription doit toujours être précédée par la recherche des antécédents cardiovasculaires et d'une sensibilité aux effets atropiniques (glaucome, rétention urinaires, etc) . en cas d'antécédents cardiaques ou chez un sujet âgé de plus de 40ans, pratiquer un ECG
- Bien qu'à l'heure actuelle, tous les antidépresseurs efficaces ont une activité sensiblement comparables, il est possible, schématiquement, d'adapter le choix de la molécule au type de dépression :
 - S'il y a prédominance de l'inhibition psychomotrice, préférer une molécule stimulante,
 - S'il y a prédominance de l'anxiété ou de l'agressivité, choisir une molécule dite sédatrice ou qui induit un « retour au calme », ce qui n'est pas la même démarche ;
- Il apparaît nécessaire d'adapter le choix de la molécule en fonction du terrain : il semble par exemple préférable de prescrire chez le diabétique un antidépresseur à tropisme sérotoninergique plutôt que noradrénergique ;
- Il n'a pas lieu de prescrire en première intention plus d'un antidépresseur lors de la mise en route du traitement ;
- Il n'a pas lieu d'associer systématiquement en début de traitement un anxiolytique à un antidépresseur . toutefois une molécule ayant une propriété sédatrice peut être envisagée selon les cas. S'il s'agit d'un anxiolytique . il faut éviter l'association d'une benzodiazépine à un antidépresseur inhibiteur de la capture de sérotonine ;

- Il ne faut pas hésiter à renouveler un traitement ayant antérieurement donné des résultats satisfaisants ;
- Il est souhaitable d'augmenter progressivement la posologie par paliers de 3 à 4 jours(plus si la tolérance est médiocre). Toutefois, contrairement aux idées reçues, selon la réponse d'un patient au traitement, il est parfois nécessaire de diminuer les doses plutôt que de les augmenter, pour obtenir une meilleure réponse thérapeutique, notamment avec les antidépresseur à topique sérotoninergique ;
- La posologie souhaitable induit une réponse thérapeutique satisfaisante sans effets latéraux péjoratifs. Le délai d'action clinique d'un antidépresseur peut être parfois variable en fonction des sensibilités individuelles. Toutefois, il est habituellement décrit un délai d'action clinique de 15à 28jours pour obtenir un début d'effet sur l'humeur et une action manifeste au bout d'un mois, tout en sachant qu'un xénobiotique administré à un organisme vivant a un délai d'action pharmacologique immédiat ;
- Il est primordiale de donner des informations explicites au patient concernant les effets latéraux du traitement (sédation, diminution de la vigilance, hypotension, risque de vertiges, tremblement, sécheresse buccale, troubles de l'accommodation, ect) ; une véritable alliance doit s'établir entre le médecin et le patient. Ce dernier devrait systématiquement pouvoir confirmer la régularité de son traitement et signaler tout manquement ou toute prise éventuelle d'autres médicaments, ce qui nécessite l'instauration d'une surveillance précoce (signes atropiniques, tension artérielle, tremblements et signes cardiaques), voire la mise en place d'une surveillance au long cours de la réponse cardiaque et de la tolérance hépatique ;
- Un suivi au long cours des patients est nécessaire. Schématiquement, la prise en charge d'un état dépressif pourrait être découpée en trois phases :

- Le traitement aigu, dans lequel la plupart du temps une diminution significative voire une disparition des symptômes est observé, en 3 à 6 semaines environ,
- Le traitement de consolidation, après la réduction de la symptomatologie ; il peut être d'une durée d'environ 6 mois, au cours desquels une ou des chutes, c'est-à-dire la réapparition des symptômes dépressifs peuvent survenir,
- Le traitement d'entretien, d'une durée d'environ 6 à 12 mois supplémentaires en cas d'épisode dépressif majeur caractérisé, afin d'éviter toute récurrence, c'est-à-dire la réapparition de la symptomatologie au-delà des six premiers mois suivant la rémission symptomatique ;
- Lors de la guérison, il est nécessaire de connaître l'ensemble des médicaments pris par le patient ; une suspension progressive du traitement, avec des paliers plus ou moins prolongés, peut être recommandée.

L'alliance entre le patient et le médecin revêt également à ce stade toute son importance.

II-3-Traitement médicamenteux de la dépression :

La prise en charge médicamenteuse d'un épisode dépressif majeur (c'est-à-dire caractérisé) comprend deux grands objectifs médicaux et fonctionnels :

- Les objectifs médicaux visent une rémission symptomatique rapide où le maintien et la consolidation de cette rémission clinique viennent prévenir les rechutes et les récurrences dépressive ;
- Les objectifs fonctionnels plus généraux ciblent une récupération permettant de restaurer la qualité de vie en retrouvant les activités antérieures et des capacités de coping satisfaction.

Les modalités de prise en charge d'un épisode dépressif vont dépendre pour beaucoup du caractère unipolaire (épisode dépressif isolé ou dépressions récurrentes). Ou bipolaire (alternance de périodes dépressives et de périodes d'exaltations) de la dépression.

Ainsi dans la dépression unipolaire, l'utilisation des antidépresseurs continue un choix de première intention dès lors que le patient présente une dépression d'intensité modérée à sévère. Cette approche est consensuelle et bien codifiée. La disponibilité de molécules aux mécanismes d'action et aux profils de tolérance variés, conjuguée à la grande variabilité d'expression des troubles dépressifs, impose des stratégies bien identifiées structurées et individualisées.

La prise en charge des dépressions bipolaires est différente et particulièrement complexe. Les traitements de première intention sont les thymorégulateurs, l'utilisation des antidépresseurs doit être prudente en raison des craintes de virage maniaque de l'humeur ou d'une accélération de l'évolution de la maladie.

Conclusion :

La dépression est à la fois un symptôme et un syndrome fréquents, elle est définie comme un trouble de l'humeur. Elle peut aussi être une maladie psychiatrique à part entière. Ainsi que face à la dépression, le monde se diviserait entre ceux qui somatisent et ceux qui « mentalisent », ceux qui expriment leur souffrance avec leur corps et ceux qui sont capables de lui donner un sens et d'en parler en termes psychologique. (Pignarre P,2001,p26).

LES MECANISMES DES DEFENSES

Introduction

La maladie de l'enfant est une blessure inexplicable. Elle est par essence, injuste, inutile, révoltante. Face à cet évènement impensable rationnellement, l'enfant et sa famille construisent des réactions psychologiques afin d'accepter ou refuser la maladie de leur enfant. (Epelbaum.C et Ferrari p ;1998.P447).

Préambule

Lorsque la maladie survient, elle fait effraction dans la vie de l'enfant mais également dans celle de ses parents et de son entourage. Le temps de l'annonce ou de la confirmation du diagnostic est particulièrement important. (Hélène R,2011.P97)

Les différentes étapes pour arriver à l'acceptation

I-Réaction émotionnelle :

Décrites communément par Freud (perte d'un être cher) et par Elisabeth-Ross (étapes du deuil) ;

- Choc
- Dénier
- Révolte
- Marchandage
- Tristesse
- Acceptation (mais parfois on ne jamais accepter)

II-Les mécanismes de défenses :

Le terme de mécanisme de défense est utilisé, le premier, par Freud (1894) dans les « Psychonévroses de défense » où il décrit la défense comme

pivot du fonctionnement psychique. Il désigne sous le terme de « mécanisme de défense », l'ensemble des manifestations de protection du Moi contre les tensions internes d'ordre pulsionnel et contre les situations extérieures sources de déplaisir.

II-1- Définition et rôle général des mécanismes de défense :

Laplanche et Pontalis donnent la définition suivante : «ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique ».

*Par mécanisme de défense on entend des ensembles de sentiments, de pensées ou de comportement relativement involontaires et survenant en réponse à des perceptions d'un danger psychique. Ils sont conçus pour masquer ou atténuer les conflits ou les facteurs qui font naître l'anxiété.

II-2- Définition de quelques réactions émotionnelles :

II-2-1-Le Choc :c'est la première réaction à une nouvelle particulièrement importante. Il peut aller de la surprise à l'angoisse sévère.

Exemple : « je ne réalise pas très bien ce qu'il m'arrive. Ce n'est pas possible »

II-2-2-Déni : il s'agit d'un mécanisme inconscient qui permet de faire face à l'angoisse. La personne aura tendance à se comporter de manière détachée et à banaliser ce qui lui arrive.

Exemple : « ce n'est pas possible, il y a sûrement une erreur e laboratoire ».

II-2- 3-Révolte : cette phase représente une évolution nécessaire car le patient manifeste par là que la maladie est devenue pour lui une réalité. Il peut être agressif, revendicateur.

II-2-4-Marchandage : il se manifeste surtout par des tentatives d'échapper aux exigences du traitement. Cette propension à négocier traduit un désir de s'en tirer à meilleur compte.

II-2- 5-Tristesse : est une émotion complexe pleine de nuances, elle se caractérise par un intense sentiment d'impuissance, une perte d'espoir, elle se fait engendrée par une situation précise, une pensée.

II-2- 6-Acceptation :

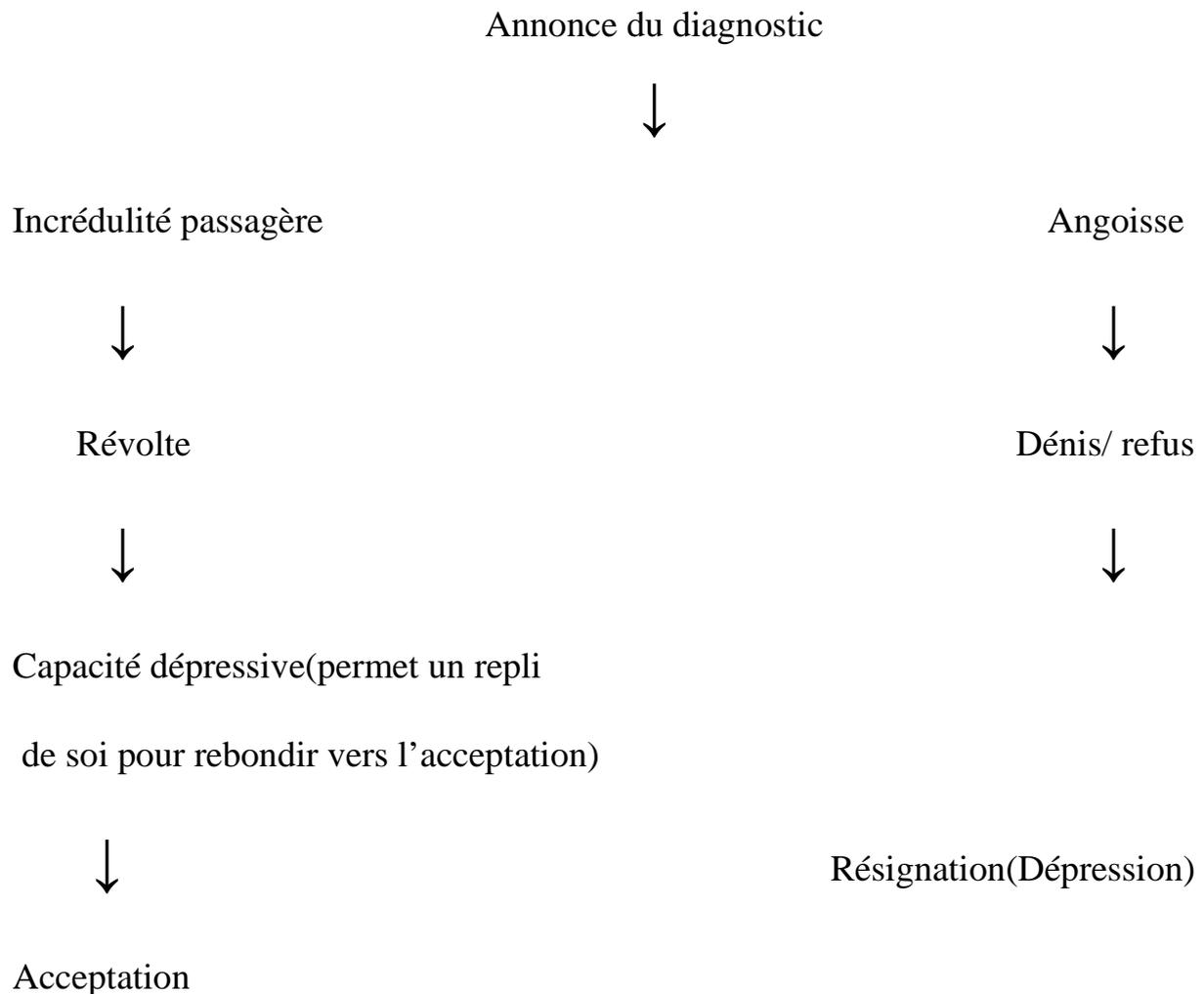
À ce stade le patient est tranquille et collaborant

La maladie a trouvé la place dans sa vie

Le patient a conscience de ce que les soignants peuvent leur apporter

L'acceptation n'est pas un état immuable

(Giraudet.J.S,2006.P10)

Trajectoires possibles selon Anne Lacroix :**III-Le traumatisme de l'annonce de la maladie ou de l'accident :**

L'annonce d'une maladie grave ou d'un handicap d'un enfant en devenir est un événement traumatique au sens où elle confronte à la mort : la mort possible du bébé à naître (dans les diagnostics anténataux), la mort de l'enfant des rêves, la mort des projets envisagés et la mort possible de l'enfant réel. (Hélène.R,2011.P98)

La dimension traumatique se caractérise par la violence de l'annonce, au sens où les parents, confrontés à une incapacité à traduire dans l'immédiat ce qui leur est dit, ne peuvent donner sens à ce qui leur apparaît comme un non-sens. Le temps de l'annonce est un temps suspendu, un temps hors temps (françois Matty, 2001) où les repères habituels sont invalidés, où les mécanismes de défense ordinaires sont inopérants. La confrontation à l'évènement traumatique conduit à une anesthésie psychique plus ou moins durable, plus ou moins intense pour les personnes directement concernées et à un effet de contamination pour les personnes impliquées auprès de ces parents (équipes médicales, entourage familial).

L'annonce d'un diagnostic grave confronte à deux logiques :

- celle du rationnel scientifique
 - et celle du monde psychique des impliqués (parents, professionnels, entourage) chargé des convictions de l'enfant, de ses croyances, de ses traumatismes passés et de ses représentations fantasmatiques sur la filiation, le handicap, la maladie, la mort.
- (Hélène.R, 2011.P98)

IV-La place de l'annonce :

La place de l'annonce de la maladie grave ou de l'handicap dans l'économie psychique de chacun va rendre compte de la dimension de la bipolarité et de la capacité transformationnelle de l'activité psychique s'intrique la part de réel qui relève de l'évènement et la part de subjectivité dans laquelle chacun d'entre eux est engagé. L'intrication de ces deux « possible » explique la valeur d'intrusion aliénante du diagnostic dans l'organisation psychique du sujet impliqué, qu'il soit parent ou professionnel, et l'importance de son impact traumatique dès lors que la capacité transformationnelle est invalidée.

V-L'impacte traumatique :

L'impacte traumatique du diagnostic trouve son origine à deux niveaux et s'inscrit sur une scène marquée par une conflictualité simultanément intrapsychique et intersubjective :

V-1-Un traumatisme primaire :

Un traumatisme primaire direct qui correspond à la confrontation à la réalité du diagnostic médical et qui s'explique en particulier par la crainte de la douleur et de la souffrance pour l'enfant, mais aussi par la représentation qu'ont les parents de cette maladie ou de ce handicap. Pour de nombreux parents, l'annonce d'un diagnostic grave projette plus ou moins consciemment à la confrontation d'une mort possible de leur enfant.

V-2-Un traumatisme secondaire :

Qui intervient dans l'après-coup en résonance avec le traumatisme primaire et qui est lié à l'histoire individuelle et familiale, en particulier à la réactivation d'événement douloureux passés : fausse couche, membre de la famille décédé ou gravement handicapé, histoire parentale marquée par la souffrance de la maladie ou du handicap, deuil enkysté, conflits ect., (Hélène.R,2011.P99)

VI-Les modalités d'expression de souffrance psychique :

Le travail après de ces parents et l'attention portée à leurs réactions au moment même de l'annonce du diagnostic nous amène à dégager trois principales modalités d'expression de souffrance psychique qui témoignent de l'atteinte de la capacité transformationnelle de l'appareil psychique face à l'indicible :

VI-1-L'altération du sentiment d'appartenance

Se manifeste par l'effondrement des croyances, en particulier celles concernant le savoir médical souvent idéalisé dans une toute-puissance susceptible de guérir tous les maux de réparer toute les « erreurs » de la nature.

Les parents sont souvent incrédules, demandent au médecin s'il est « sûr », si « aucune erreur n'est possible », « s'il n'y a vraiment rien à faire ». ils peuvent réagir avec violence, agressivité, remettre en cause la compétence de l'équipe médicale, se sentir abandonnés, incompris, avoir l'impression qu'on ne leur dit pas tout, envisager de quêter d'autre avis supplémentaires avec en trame de fond la cassure entre le temps d'avant l'annonce et le temps d'après.

L'altération du sentiment d'appartenance est liée à la suspension de leur enfant ne va plus de soi, tous les projets autour de lui sont suspendus.

La représentation de l'enfant des rêves porteur de tous les espoirs est morte, l'enfant fantasmatique_ cet enfant enfoui dans l'inconscient des parents, héritier direct de leur complexe d'Œdipe- est atteint au moment même où l'éventualité de la mort de l'enfant réel est envisagée.

L'unité de chaque parent en tant que sujet, leur sentiment d'identité sont brisés : en un instant leur vie bascule, ils sont expulsés du monde idéalisé de la parentalité parfaite et projetés dans une réalité qui les dépasse bien souvent, ce dont témoigne ce couple lorsqu'il nous dit : » nous sommes passés du monde merveilleux rose-bonbon où tout était facile et heureux, au cauchemar et à l'enfer ». la désorganisation extrême ressentie par certains parents peut conduire à une désorganisation psychique persistante qui se traduit par un profond sentiment d'étrangeté à l'égard de soi-même comme à l'égard des proches.

La mère , le père ne se reconnaissent plus et leur entourage ne les reconnaît pas davantage : « je ne suis plus comme avant, je suis plus le même, je

ne me reconnais pas », « j'ai l'impression d'être devenu pour moi-même un étranger », « on a l'impression d'être seul au monde », « on ne me regarde plus comme avant », « dès que je vois un enfant de l'âge de mon fils, je pense à mon petit garçon, à sa maladie, à sa différence », « je ne sais plus où j'en suis », « je ne sais plus ce que je veux et ce que je ne veux pas » .

(Hélène.R,2011.P100)

VI-2-L'expression d'un sentiment d'arbitraire :

Les parents, dès l'immédiat de l'annonce, témoignent très souvent de l'insoutenable sentiment d'impuissance que représente la confrontation à quelque chose qu'ils ne contrôlent pas et qu'ils subissent sans en comprendre les raisons : « pourquoi nous ? », « qu'est ce qu'on a fait pour que ça nous arrive ? » « pourquoi ça nous tombe dessus ? », « je n'ai jamais eu de problèmes pour mes autres enfants, il n'y a rien dans ma famille, pourquoi ça m'arrive à moi ? », « pourquoi maintenant ? », « tous ces « pourquoi » sont autant de tentatives pour retrouver au plus vite un sens à cette annonce et au désastre qu'elle peut représenter pour chacun d'eux. Cette confrontation à l'arbitraire est une expérience de perte absolue de protection interne et externe, un véritable désastre psychique qui annihile tous les repères antérieurs, met à mal l'homéostasie parentale et abandonne les parents sur une scène inconnue du registre du vide, de l'agonie représentationnelle, de la « terreur sans nom » (Bion, 1962). (Hélène.R,2011.P101)

VI-3La culpabilité

La culpabilité Est très fréquemment évoqué par les parents au moment même de la consultation d'annonce quand leur capacité de verbalisation est réservée mais également dans les semaines qui suivent. Ce mécanisme de défense traduit la tentative pour les parents de lutter contre ce sentiment d'arbitraire en se réappropriant une responsabilité face à ce qui vient d'arriver,

ce dont témoignent tout particulièrement les mères qui peuvent s'accuser d'avoir « fabriqué un enfant anormal », « de ne pas être capable d'avoir un enfant comme les autres », « c'est de ma faute c'est moi qui,... », « je n'aurai pas dû, ce ne serait jamais arrivé », « j'aurai dû..... ». (Hélène.R,2011.P101)

VI-4-L'agressivité :

Si l'agressivité est rarement reconnue, elle est pourtant souvent présente aux différents stades de la maladie et se manifeste aussi bien à l'égard de l'enfant. L'enfant malade ou accidenté est un enfant qui « abîme » l'image de l'enfant de rêve, de l'enfant imaginaire, de l'enfant parfait, espéré dès les premiers temps de la grossesse. Il touche le narcissisme des parents car il ne représente plus cet héritier gratifiant source de tous les bonheurs et de tout espoir. ». (Hélène.R,2011.P107)

VI-5-La dépression :

La maladie de l'enfant peut entraîner une réelle dépression parentale, en particulier maternelle. Elle peut être purement réactionnelle (sidération des mécanismes de défense parentaux face à la brutalité de l'annonce d'une maladie grave, pouvant engager le pronostic vital). (Epelbaum.C etFerrari.p, 1998.P444).

Les parents d'un enfant malade présentent souvent des réactions dépressives plus ou moins intenses, plus ou moins durable : trouble du sommeil, perte d'appétit, dévalorisation de soi, douleur morale majeure,.....

Si le risque de dépression maternelle est actuellement bien reconnu, celui concernant les pères est souvent minoré car son expressivité est davantage masquée. (Hélène R, 2011.P104)

VI-6-L'anxiété :

Il y'a pas d'humeur dépressif sans anxiété et réciproquement, l'anxiété est une sensation de tension intérieure de danger. Elle peut être paralysante ou au contraire susciter de l'agitation.

Elle peut se cristalliser sur une situation particulière ou un objet : pour un contexte social nouveau avec incapacité à l'affronté, préoccupation excessives sur son état de santé. (Besançon &al, 2005.P57)

Conclusion

La maladie de l'enfant provoque un vécu propre de ses parents, qui renvoie à leur histoire personnelle et s'inscrit également dans une histoire familiale transgénérationnelle, liée ou non à la maladie. Ce vécu parental agit sur le comportement des parents avec l'enfant, et modèle par conte-coup les réactions de ce dernier.

Partie Pratique

Chapitre IV

Introduction

Chaque recherche scientifique, demande pour sa réalisation , une méthode bien précise et des étapes méthodologiques qui correspondent à la nature des informations demandées, aussi il n'y a pas une méthode opérationnelle unique sur laquelle on peut compter seulement, pour dévoiler la réalité psychique de l'être humain. Cependant on note la partie pratique qui englobe les résultats de notre recherche est une étape très importante dans l'étude scientifique ; elle nous rapporte des informations afin de répondre à nos questions de départ, et de pouvoir discuter nos hypothèses formulées à l'aide de la pré-enquête et la revue de la littérature, et qui sont corrélées au thème traité. Chaque cas reste un cas différent qui a sa spécificité et sa singularité par rapport aux autres cas. Donc l'étape de présentation et d'analyse des données soutirées est l'étape la plus importante dans notre recherche, car elle permet l'analyse des entretiens et celle du test de dépression de Beck, afin de réaliser les objectifs de notre recherche.

Préambule :

Ce chapitre va nous permettre d'exposer les objectifs de notre recherche, de définir la méthode sur la quelle on va s'appuyer, afin d'effectuer notre recherche, de même que la population d'étude, les outils de recueil des informations et le terrain.

Nous avons effectué un stage pratique au sein du centre hospitalo-universitaire de Bejaia, du 01 Mars 2017 au 30 mai 2017.

Dans notre recherche, nous avons abordé le vécu psychologique des mères ayant un enfant atteint d'une hydrocéphalie

A fin d'effectuer notre recherche sur le vécu psychologique de ses mères, on s'est référé a l'utilisation d'un entretien clinique semi directif et l'échelle de dépression de BECK.

I-Les objectifs de la recherche :

A travers notre recherche qui est « le vécu psychologique des mères ayant un enfant atteint d'une hydrocéphalie », on a formé les objectifs suivants :

- ✓ Nous voulons savoir qu'elle le vécu psychologique de ses mères.
- ✓ Aider les mères à dépasser la situation.
- ✓ Aider les parents à subir certaines information d'aspect médicale du l'hydrocéphalie

II-la démarche de la recherche :

II-1 la pré-enquête :

Est une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle est appelé phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposant un déplacement sur le terrain. Elle doit conduire à construire la problématique autour de la quelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente.

La pré-enquête joue un rôle très important dans la réalisation de la recherche, elle nous permet de cerner notre thème de recherche et d'organiser notre recherche a fin de recueillir le maximum d'information par rapport a notre thème de recherche, d'avoir des renseignements sur le terrain concernant la population d'étude.

Notre pré- enquête c'est dérouler au sein du CHU de Bejaia, ou nous avons discutée avec les mères, dans le but de recueillir des informations personnelles et médicales, après on a réalises des contacts avec ces meres.ces dernières ont été l'objet de recherche, afin de justifier nos hypothèses de travail de recherche.

En psychologie clinique, il convient de dire que ces recherches interviennent en milieu naturel, et font principalement appel aux méthodes cliniques dont l'objectif est d'identifier les composantes d'une situation donnée, et parfois, de décrire la relation qui existe entre les variables de la recherche.

II-2 la méthode clinique :

« Historiquement, la méthode clinique est avant tout l'étude à profondément d'un cas individuel qu'il soit normale ou pathologique. Mais la méthode clinique s'applique également à l'étude des groupes (petits ou grands) étudiés dans des contextes différents» (Lavarde.A .M, Paris, 2008, p23)

Au centre de la méthode clinique on trouve l'étude de cas qui est une démarche exploratoire où on décrit en détail une personne ou un petit groupe de personnes en s'appuyant sur l'observation approfondie des conduites ou l'administration rigoureuse de tests psychologiques. Elle comporte habituellement des informations sur l'enfance de la personne étudiée, ses rêves, ses fantasmes, ses expériences, ces relations avec ses proches ou encore ses espoirs, en somme tous les éléments permettant de mieux étudier son comportement. Les études de cas sont employées en particulier par les cliniciens afin d'illustrer certains principes psychologiques à l'aide de portraits détaillés d'un individu, ce que ne permettent pas les généralisations ou les statistiques. Elles représentent également une grande utilité pour les chercheurs qui ne disposent parfois d'aucun autre moyen pour étudier une problématique donnée.

L'objectif de l'étude de cas n'est pas de prouver ou de démontrer mais plutôt d'élaborer des hypothèses. (Tavris.C. Wade.C .1999.P39)

III-Description de lieu de la recherche :

Notre stage pratique s'est déroulé au sein du « CHU : centre hospitalo-universitaire » de la Wilaya de Bejaia.

Le secteur sanitaire de Bejaia comprend plusieurs structure de santé, parmi les quelles il ya l'hôpital KHELIL AMRANE.

L'inauguration et l'entre en fonction de cet hôpital était en 1992 et en 2009, il est devenu le siège du Centre hospitalo-universitaire (CHU) de Bejaia.

La création de ce dernier est faite suit à l'inauguration de la faculté de la médecine.

Cet établissement public est situé au village de SMINA, il est chargé de soins a haute niveau, formation médicale, soins infirmiers et recherche en science de santé.

CERVICE DE LA NEUROCHIRURGIE :

Localisation :

Le service est situé au 4^e me étage à droite.

ACTIVITES PRINCIPALES :

- 1- Neurochirurgie écologie : les tumeurs de le base du crane, tumeurs hypophysaires, tumeurs de la fosse cérébrale postérieur.
- 2- neurochirurgie vasculaires.
- 3- Rachis dégénératif
- 4- neurochirurgie fonctionnelle.

III-1 La prise en charge :

Elle est assurée par une équipe pluridisciplinaire, qui est formée de :
Médecin chef de service :Professeur SOUHIL TLIBA .

- Capacité litière : homme 14 lits, femmes 14lits

- Personnel médicales : 5 maitres assistants, 03 maitres assistantes.
- Personnelles paramédicales : 14.
- Nombre d'unité : 03 (hommes, femmes et enfant)

III-2 les objectifs du service

- ✓ -La création de moyen de prise en charge médicale.
- ✓ -Assurer la prise en charge psychologique.
- ✓ -De multiples aides : soins, études, soutien psychologique.

IV-La population d'étude :

La population d'étude porte sur les des mères des enfants atteints d'une hydrocéphalie, qui sont intégrés au sein de service Neurochirurgie. Cet échantillon d'études comporte (06) cas ses enfants sont âgés de (0-3)ans de sexe différents.

On a effectué avec eux des entretiens, on les a fait passer l'inventaire de dépression de Beck, afin de confirmer ou d'infirmier la dépression chez eux.

Tableau n°2 : récapitulatif des caractéristiques de population d'étude.

Nom	Age	Niveau d'instruction
Lila	30	MaserII
Loula	30	9^{eme} année
Lamia	29	9^{eme} année
Hakima	36	6^{eme} année
Hanane	26	3^{eme} AS
Samia	35	6^{eme} année

V-Les techniques de la recherche :

On appel instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont va se servir le chercheur pour recueillir les donnes qu'il soit soumettre a

l'analyse. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observation et/ou de mesures prétendues scientifiquement acceptable et réunissant suffisamment de qualité d'objectivité et de rigueur pour être soumis à des traitements analytiques. (Aktouf.O .1987.P81)

V-1 L'entretien clinique :

Pour Collette Chiland, l'entretien clinique est une relation de soins ou d'aide suite à la demande du patient, c'est une communication entre deux interlocuteurs. Son but est de diagnostic dans la mesure où il permet de repérer les symptômes puis de les classer, de les discuter et de permettre la connaissance du fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité .(Chahraoui . K . Benony .H .2003.P32)

L'entretien clinique est un dispositif de base en psychologie clinique à la fois outil de diagnostic, outil de thérapie et de soutien, c'est lui qui permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. Il sera même en fonction du but qu'on poursuit, du cadre et notamment en réponse à la demande qui préside à l'interaction.

L'entretien clinique est une situation d'échange entre un sujet actif, qui organise son propre mode de communication et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation est caractérisée par l'asymétrie de la demande, le psychologue se place surtout dans une position d'écoute du sujet qui vient en générale exposer une souffrance, un conflit, une interrogation, l'entretien est à la base de la méthode clinique, l'entretien clinique prend en compte tous les aspects originaux , anamnétiques « c'est-à-dire relatifs à l'histoire de l'individu » et actuels du problème posé par le sujet .(Samcher R. .2005.P381)

IL existe trois types d'entretien selon l'objectif recherche :

Entretien directif, entretien non directif et entretien semi-directif, dans notre recherche c'est l'entretien semi-directif qui semble le plus adéquat.

V-1-1L'entretien semi-directif :

vue l'intérêt et la qualité des informations qu'on a recherche, on a opte pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux personnes interrogées. L'entretien semi-directif se définit comme « une technique direct d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu pris isolement, mais aussi, dans certains cas, auprès de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaitre en profondeur les informations ». (Chahraoui.K.Benony,2003,p32)

V-1-2Les attitudes du clinicien durant l'entretien de recherche :

Ce genre d'entretien permet au patient une liberté d'expression. Une fois la consigne est donnees, l'investigateur doit être attentif face au sujet. Il évite de parler et surtout de l'interroger au cours de ses associations. Il encourage cependant la parole de ce dernier d'une manière neutre (la neutralité bienveillante) par des oui, par mimiques, des gestes, signifiants son ouverture. Il doit en effet se laisser mener pendant un temps au rythme de l'autre adopte un module selon les contenus de son discours. Une attitude systématiquement mettre de l'investigateur peut être aussi nuisible qu'une activité d'investigation pour certains et même pour évoquer le sentiment d'abondons chez l'autre, par contre les investigations répétées de la part du clinicien peuvent être vécues comme intrusion, c'est pour ca que le patient doit trouver une attitude qui convient. (Marty . P. 1990.P19)

V-2 Le guide d'entretien :

L 'l'entretien clinique de recherche est toujours associe a un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organise de fonctions, d'opération et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et

d'investigation de l'interviewer » (Blanchet, 1992). Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets. (K. Chahraoui. Benony, 2000, P144)

Le guide d'entretien contient six axes. Chaque axe contient plusieurs questions soit principales ou secondaires, elles nous permettent de recueillir un maximum d'information sur le sujet ;les questions posées sont soit directives ou semi-directives, elles répondent plus précisément à notre but de recherche, les questions seront posées soit en langue française, arabe, ou kabyle tout dépend la langue maternelle, du niveau d'instruction du sujet interrogé .

A)-Données personnelles concernant le sujet

B)-Historique de la grossesse à la naissance

C)-L'état psychique et physique de la mère après la naissance de l'enfant atteint d'une hydrocéphalie

D)-Le couple et la relation conjugale

E)-Le vécu psychologique

F)-La famille et la relation sociale

G)-Le regard vers l'avenir

VI-L'échelle de la dépression de Beck :

VI-1 Inventaire de dépression de Beck :

L'inventaire de dépression de Beck révisés (BDI-II) est un questionnaire d'auto-évaluation destiné à mesurer la sévérité de la dépression chez les sujets à partir de 16 ans. Il est composé de 21 items. Le BDI-II a été élaboré pour évaluer les symptômes correspondant aux critères diagnostiques des troubles dépressifs selon le DSM-IV (1994 ; version française 1996 .) Trente cinq années de recherche et d'expérience avec la première version BDI ont

conduit les auteurs à réviser la version modifiée : le BDI-IA (Beck, Rush, Shaz & Emery, 1979)

VI-2-Historique :

Durant trente cinq ans, le BDI a connu un large succès sur le plan international pour évaluer la gravité de la dépression chez les sujets déjà diagnostiqués comme dépressifs ainsi que pour repérer une dépression chez les sujets de la population normale (Archer, Maruish, Imhof, & 1991 ; Piotrowski & Keller, 1992 ; Piotrowski, Serry & Keller 1985). Deux revues générales portant sur les applications et les qualités psychométrique du BDI, utilisé auprès de population clinique et normales, ont montré sa grande di délite 'Beck, Stress & Garbin, 1988 ; Stress, Beck & Garrison, 1986). Par exemple, le coefficient a moyen du BDI chez un échantillon de patients psychiatriques est supérieur à 80. La validité de construit et la validité concourante du BDI ont également été mises en évidence avec d'autres mesures psychologiques (Beck & Stress, 1987). De plus, le BDI a permis de faire diagnostic différentiel entre des patients souffrants d'une dépression et des patients psychiatriques non dépressifs (Stress & Al, 1986).

Le BDI d'origine était composé d'énoncés descriptifs typiques des symptômes fréquemment retrouvés chez les patients psychiatrique avec dépression et peu fréquent chez les patients dépressifs Beck et Al, 1961). Les observations cliniques et les descriptions fournies par les patients avaient, dans un premier temps, été regroupées en 21 items évaluant les symptômes et les attitudes caractéristiques de la dépression. Ces items ont été ordonnés suivant la gravité de contenu des différents énoncés, selon une échelle en 4 points (cotés de 0 à 3). La version d'origine était administré par un psychologue qui lisait au sujet chaque item, celui qui correspondait le mieux à son état du moment. La

passation durait approximativement 10 à 15 minutes, le calcul des notes était obtenu en additionnant les évaluations de chacun des 21 items.

En 1971, Beck et ses collaborateurs du Philadelphia center for cognitive therapy à l'université de Pennsylvanie ont commencé à utiliser une version modifiée du BDI : le BDI- A ; dans cette version, les formulations différentes pour décrire les symptômes identiques et les doubles négations ont été supprimées (Beck & al, 1979). Le nombre de réponses par item a été limité à quatre propositions, y compris l'option nulle et de légères modifications de formulation étaient apportées à 15 items. Différentes versions expérimentales ont été testées et la version définitive (le BDI-IA), établie en 1978, a été publiée aux États-Unis en 1979.

Un manuel technique du BDI-IA a été publié aux États-Unis en 1987, l'édition du manuel de 1993, inclut de légères modifications des notes seuils recommandées pour déterminer la gravité des symptômes dépressifs sa présence et de la.

Beck et ses collaborateurs ont commencé le travail d'élaboration du BDI-II en 1994 .

Des items évaluant des critères de dépression du DSM-IV (et n'apparaissent pas dans le BDI-IA) ont été créés. Cette version expérimentale était composée de 27 items.

Des études ont été effectuées sur un échantillon de 193 patients psychiatriques externes présentant divers troubles psychiatriques, des analyses d'items et des analyses factorielles sur les réponses de cet échantillon ont permis de sélectionner les 21 items de la version définitive.

VI-3-Utilisation clinique :

Le BDI permet d'évaluer la sévérité de la dépression, chez des patients (adultes et adolescents à partir de 16ans) ayant reçu un diagnostic psychiatrique. Le BDI-II a été élaboré comme un indicateur de la présence et de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères du DSM-IV et non comme une mesure spécifique de diagnostic clinique. Il faut être très prudent lorsqu'il est utilisé comme seul instrument diagnostique car la dépression peut être associée à divers troubles diagnostiques primaires, allant du trouble panique à la schizophrénie.

Bien que le BDI-II soit à administrer et à coter, seuls des professionnels possédant une bonne expérience clinique devraient l'interpréter. Le psychologue doit respecter rigoureusement les principes éthiques qui régissent l'utilisation des tests.

VI-4 Considérations générales :

Le BDI-II est un test facile à administrer, la passation doit être effectuée dans un endroit bien éclairé et suffisamment calme pour que le sujet puisse se concentrer. Il est préférable d'évaluer, avant la passation, si un patient est en état de lire et de comprendre les items du test peuvent être lus à haute voix par le clinicien si le sujet présente des difficultés de lecture ou des problèmes de concentration.

Temps de passation : en générale, 5 à 10 minutes suffisent pour compléter le protocole. c'est également la durée moyenne d'une passation BDI-IA (Ball, Archer et Imhof, 1994). Des patients souffrant d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnels peuvent prendre plus de temps.

La cotation : la note au BDI-II est obtenue en additionnant les indices numériques des 21 items, chaque item étant coté de 0 à 3 points. Si un sujet a

donnée plusieurs réponses à un item, choisir l'indice le plus élevé. La note brute maximale est de 63.

Faire attention aux items « modifications dans les habitudes de sommeil » (item16) et « modification de l'appétit » (item18), pour lesquels 7 réponses sont possibles (0, 1a, 1 b , 2a, 2b, 3a, 3b) afin d'évaluer l'augmentation ou la diminution dans ces comportements. Pour établir un diagnostic, le clinicien devra être attentif au sens dans lequel va ce symptôme.

Interprétations des notes : le choix des notes seuils au BDI-II doit être basé sur la considération clinique ainsi que sur l'objectif de l'évaluation. Les études américaines ont utilisées différentes procédures permettant l'établissement de notes seules pour l'évaluation de la gravité de la dépression chez les patients présentant un trouble dépressif majeur.

La décision d'apporter d'autres seuils pour le BDI-II doit s'appuyer sur les caractéristiques de l'échantillon et sur l'objectif de l'évaluation. Si le but de l'évaluation est d'être plus fin possible dans le dépistage de dépression, il faut alors abaisser le seuil afin d'éviter les « faux négatifs ». Dans ce cas, le nombre de « faux positifs » va augmenter, mais ceci peut être utile pour diagnostiquer tous les cas de dépression.

Pour des but de recherches dans les quelles il faut constituer un échantillon clinique aussi pur que possible (ici en terme de symptomatologie dépressive), le seuil devrait élevé afin d'éviter au maximum les « faux positifs ».

Dans l'interprétation des notes au BDI-II il faut garder à l'esprit que les réponses du sujet peuvent être biaisées, comme pour tout questionnaire d'auto-évaluation. En effet ; certains sujets peuvent avoir tendance à déclarer plus de symptômes qu'ils n'en ressentent en réalité et donc, à élever leur note, alors que d'autres sujets auront tendance à nier leurs symptômes et donc à abaisser leur

note. De plus, le BDI-II permet en évidence un degré de dépression, et non de poser un diagnostic et d'évaluer la gravité de cette dépression.

Le BDI-II fournit une note totale, donc une estimation de l'intensité globale de la dépression, il est important, par conséquent, d'un point de vue clinique, d'être attentif au contenu spécifique des items, il faut tout particulièrement regarder l'item relatif aux pensées ou désirs de suicide.

Le clinicien devrait également analyser le Patten général de symptômes dépressifs. Le BDI-II évalue non seulement les symptômes affectifs et cognitifs, mais également les symptômes somatiques et végétatifs de la dépression.

(Beck. A, Steer.A et al, 1998, P1-10).

Dépouillement et interprétation des scores : Chaque item comporte quatre phases correspondant à quatre degré d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnement les scores des 21 items.

Le tableau suivant comporte des seuils établis par Beck

Tableau N°3 : notes seuils au BDI-II

Note totale	Niveau
0 à 11	Minimum
12 à 19	Léger
20 à 27	Modéré
28 à 63	Sévère

VII-Les difficultés de la recherche :

- Nous avons un nombre de cas est limité.

- Traduire les entretiens de la langue Amazigh à la langue française, ainsi que avec d'autre patiente de la langue arabe à la langue française.
- La difficulté avec certains sujets de ne pas avoir donné toutes les réponses au questionnaire.
- Manque de bureau spécialisé pour le psychologue clinicien afin de réaliser l'entretien et aussi pour la passation du test

VIII-Les points positifs de la recherche :

- Mettre en pratique les connaissances acquises durant notre cursus universitaire et notre spécialité.
- Confirmé ou infirmé nos hypothèses proposées.
- Détecter les symptômes qui mènent à l'acquisition d'une dépression chez ses mères.
- Apporter un enrichissement à la recherche académique en produisant des connaissances nouvelles sur notre thème d'étude qui contient des concepts très intéressants.

Conclusion :

Ce chapitre nous a permis d'assurer une bonne organisation de notre travail d'investigation, comprendre et connaître la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique. Mais, aussi apprendre l'utilisation des techniques à suivre, vu l'échelle de dépression de Beck et guide d'entretien qui nous permis de recueillir des informations escomptées.

Chapitre V

Présentation et l'analyse des résultats

Présentation de 1^{er} cas : « Lila »

I- L'analyse de l'entretien clinique:

Il s'agit de Lila âgée de 30ans d'un niveau d'instruction master 2. Enseignante au palier moyen, son garçon âgé de 14 mois souffre d'une hydrocéphalie. Son mari travaille à l'entreprise Cevetal. Elle réside à la commune d'Amizour wilaya de Bejaia.

I-1-Histoire des troubles :

Durant l'entretien Lila était pressé, désordonné, nerveuse, stressé et négligente par rapport à son état physique et vestimentaire,. Lila nous raconte qu'elle s'est mariée en 2014 avec un homme qu'elle connaissait depuis la période du lycée. Donc un mariage par amour, elle vivait en harmonie et en euphonie avec son conjoint. Lila et son mari travaillent tous les deux. Elle tomba enceinte après six (06) mois de leur mariage. Cette grossesse était désirée. L'idée d'avoir un bébé était tant voulue par les deux conjoints, un enfant imaginaire était aussi présent dans leurs esprits. La maman a été hanter par un fantasme d'avoir un enfant: en bonne santé physiquement et moralement, ...etc. Donc la découverte de la grossesse était un moment de joie et d'enchantement pour le couple, elle a révélé qu'elle était heureuse durant toute cette période, elle fait ses contrôles régulièrement. Les trois semestres de sa grossesse sont passés sans aucune anomalie. Arriva enfin le moment de l'accouchement qui s'est déroulé d'une façon compliqué après avoir un retard de 72h. Elle a accouché normale, ajouté à cela l'absence du gynécologue au moment de l'accouchement, la raison pour laquelle s'est fait occuper par un médecin généraliste comme elle nous raconte. A la naissance du nouveau-né, il n'a pas pleuré ce qu'il lui a fallu son hospitalisation durant 15 jours pour une prise en charge médicamenteuse. Autrement, les parents n'ont remarqué aucune

anomalie. Un mois après, un pédiatre leur a demandé de faire un scanner. A ce moment-là, les parents découvrent la maladie de leur bébé via un médecin traitant d'une clinique privé le jour même du scanner. Ce qu'a nécessité l'hospitalisation du bébé à trois (03) reprises.

I-2 - La réaction des parents à l'annonce de diagnostic :

Certainement que La réaction de Lila à l'annonce de la maladie de son bébé était très difficile, que le nourrisson atteint d'une maladie qui s'appelé « l'hydrocéphalie » .C'est un moment traumatisant pour elle « non ce n'est pas mon bébé » dit elle en criant et en pleur avec agitation remarquable, c'était un moment très difficile qui a nécessité la présence de psychologue pour lui donné de l'aide à surmonter sa situation. Mais elle n' a pas accepté l'intervention psychologue car il a lui disait que « ton garçon est handicapé » ce qui a provoqué un traumatisme pour elle. Lila déclare que ce psychologue lui a causé que de la haine envers tous le corps médical et toute personne porte une blouse blanche, du médecin à la sage femme. Quand a la réaction du mari elle s'est avéré toute a fait normale. Pour lui c'est un fait du dieu.

I-3-Le couple et la vie conjugale :

La maladie de l'enfant n'as pas entraîné des changements, la petite famille reste telle qu'elle était auparavant, Lila nous déclare que son mari ne présente aucun signe ou comportement différent. Elle déclare aussi que son mari est plus courageux qu'elle-même. Et qu'elle n'oublie pas cette phrase de son mari: «tu penses seulement à notre bébé, par contre moi, je pense à toi et à notre bébé"

I-4- Le vécu psychologique:

Lila présente des troubles psychologiques tels que l'insomnie lorsqu'elle a dit « depuis l'annonce j'oublie le sommeil », et trouble alimentaire lorsqu' elle a

dit « je mange rien si mon mari me force pas » et aussi elle a présenté des réactions émotionnelles telles que: la tristesse accompagnée des pleurs lorsqu'elle a dit je m'arrête pas de pleurer pour l'état de mon fils à cause de toute l'équipe médicale », et aussi un sentiment du choc au moment de l'annonce du diagnostic: « ça m'as choquée » elle a subi un traumatisme psychique du psychologue clinicien pendant son hospitalisation: elle a rajouté « je hais toute personne portant une blouse blanche du médecin a la sage femme, avec tous mes respects »

Et on relève une dépression, lorsque elle dit « J'ai n'est pas d'appétit, n'est de gout, depuis l'annonce j'oublie le sommeil ».le sentiment de dévalorisation

I-5-La famille et la relation sociale :

Lila était détachée de sa famille, elle nous dit: «je n'ai pas besoins d'aller chez ma famille, je reste dans ma maison avec mon mari et mon bébé, je suis très aise comme ça". Elle a fait une réputer avec sa famille, si il ne vient pas elle ne part pas, elle est totalement isolé.

I-6-La prise en charge :

Lila n'a pas accepté la maladie de son enfant jusqu'à ce jour la, elle manifeste un sentiment de la haine envers toute l'équipe médicale, elle s'est orientée vers un psychiatre, car elle ne fait plus confiance aux psychologues cliniciens.

II-LANALYSE DE L'INVENTAIRE DE BECK

Tableau N°4 : résultats de 1er cas:

N :items	items	cotations	expressions
01	tristesse	03	Je suis si triste si malheureuse que ce n'est pas supportable

02	pessimisme	03	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer
03	Echec dans le passé	01	J'ai échoué plus souvent que je n'aurai dû
04	Perte de plaisir	02	J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisent habituellement
05	Sentiment de culpabilité	03	Je me sens tout le temps capable
06	Sentiment d'être punie	03	J'ai le sentiment à être punie
07	Sentiment négatif envers soi même	01	J'ai perdue confiance en moi
08	Attitude critique envers soi	03	Je me reproche tout les meilleurs qui arrivent
09	Pensées ou désires de suicide	00	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	02	Je pleure pour la moindre petite chose
11	agitations	01	Je me sens plus agitée ou plus rendue que d'habitude
12	Perte d'intérêt	03	J'ai de mal à m'intéresser à quoi que ce soit
13	indécision	03	J'ai mal de à prendre n'importe quelle décision
14	dévalorisations	03	Je sens que je ne vaux absolument rien
15	Perte d'énergie	03	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit

16	Modifications dans les habitudes de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir
17	Irritabilités	01	Je suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit de tout
19	Difficulté a se concentre	03	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit
20	fatigue	03	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	03	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Scores	/	50	/
Degré de dépression	/	sévère	/

Analyse des résultats de l'échelle de BECK

L'échelle de dépression de BECK démontre que :

Notre patiente a répondu par le degré N°(3) dans les items N° (1.5.8.12.13.14.15.16.17.18.19.20.21) qui correspondent aux :

- Tristesse, pessimisme, Sentiment de culpabilité, Sentiment d'être punie, Attitude critique envers soi, Perte d'intérêt, indécision, dévalorisations, Perte d'énergie, Modifications dans les habitudes de sommeil, Modification de l'appétit, Difficulté a se concentre, fatigue, Perte d'intérêt pour le sexe.

Et elle a répondu par le degré N°(2) dans les items N°(4.10 .) qui correspondent aux :

- Perte de plaisir, Pleurs.

Et elle a répondu par le degré N°(1) dans les items°N (3.11.17.) qui

correspondent aux :

- Perte de plaisir, agitations, Irritabilités,

Et elle a répondu par le degré N°(0) dans l' item N° (9) qui correspond à

- Pensée ou désire suicide

Conclusion

D'après l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de BECK et de l'entretien clinique, nous avons constaté que notre patient présente une dépression sévère, à cause de la maladie de son fils, et les évènements vécus.

Résultat : 50, norme :28 et plus « dépression sévère ».

Présentation de 2^{ème} cas

I-L'analyse de l'entretien:

Il s'agit de Loula, âgée de 30ans, d'un niveau d'étude de 9eme année, femme au foyer réside a Bejaia, son mari est un taxieur. Son premier enfant âgé de 9ans, et le 2eme garçon âgé de 6ans et le dernier garçon âgé de 2ans, elle a fait une fausse couche avant sa grossesse de sa fille Amillisse âgée aujourd'hui de 3mois, Loula a eu 02 frères, 02 sœurs, elle est classée la 2ème dans sa fratrie.

I-1 - Histoire des troubles :

Tout au long de notre entretien, Loula était très calme, compréhensive, elle a répondu à toutes nos questions sans aucune opposition. La patiente nous raconte qu'elle s'était mariée en 2006 avec un homme qu'elle connaissait auparavant c'est son voisin. Donc, un mariage par amour, par le temps la relation conjugale s'améliorait de plus en plus, et elle déclare qu'elle se sentait parfaitement avec son mari. Loula tombe enceinte sans qu'elle prend les meilleurs précautions qui sont les pilules comme elle nous a dit puisque, elle été

en période de l'allaitement, donc c'est une grossesse non désirée et non programmée même elle a essayé de faire une fausse couche (faire tomber sa grossesse), et l'idée d'avoir un enfant à hanter l'esprit des de mari seulement, Loula passe son 1^{er} semestre de sa grossesse anormalement triste mais sans aucune complication, à son 2^{eme} trimestre que Loula savait qu'elle aura une fille, elle été énormément joyeuse tellement elle a beaucoup souhaité avoir une fille après ses garçons, elle été très joyeuse par la nouvelle car elle a beaucoup souhaité d'avoir une fille. Après avoir complétée la période de 2^{eme} semestre, arriva le 3^{eme} semestre ou son mari a été prisonnier suite a une conduite en cas d'ivresse l'heure où elle a reçue la mauvaise nouvelle tout est commencé par là, Loula nous dit que la nuit a eut des douleurs dans son ventre et des écoulements c'est pour la 1^{ere} fois qu'il lui arrive sa durant sa grossesse, le lendemain elle a partie à la clinique afin de faire une visite pour son cas et après avoir fait des consultations le médecin spécialiste déclare l'accouchement immédiate avec césarienne car le bébé est en danger. Lila séjourne 01 jour à l'hôpital après la naissance de sa fille : Amillisse, cette dernière a était séparée de sa ma maman durant un mois. Durant Cette période, Amillisse a grandi jour après jour, les sages femmes ont remarqué un changement sur la tête de la prématurée et demande a sa maman de lui faire les radios et un scanner s'il le faut.

Après avoir consulté un spécialiste il déclare à sa maman que l'enfant a une hydrocéphalie et précisément le volume de sa tête qui agrandit d'une façon déférente qu'un bébé normal et l'opération sera programmée dans quelque mois puisque Amillisse est une prématurée.

I-2- La réaction des parents à l'annonce de diagnostic :

L'annonce du diagnostic c'était dans un bureau. Là où la maman subit la catastrophe comme elle nous la déclaré.

La réaction de Loula face à la maladie de sa fille était un moment bouleversant et traumatique, pour elle c'était un moment très difficile. D'ailleurs elle avait perdu conscience «je me reconnais pas, on dirait que j'étais dans un autre monde est maintenant que je me rends compte » Dit-elle. «Je passais des jours et des nuits à pleurer j'ai perdue l'appétit » elle nous a déclaré.

La maman a fait une dépression réactionnelle puis elle a commencée à faire le deuil afin d'accepter la situation de sa fille. Amillisse a été hospitalisée a trois fois et elle a subit une opération le lendemain de l'hospitalisation.

I-3- Le couple et la vie conjugale :

Avec l'atteinte d'Amillisse par l'hydrocéphalie la vie conjugale a connu un changement relatif. Notamment dans la relation du couple, ils consacrent tous leur temps à leur fille, et ils se voient priver de toute ambition, il faut qu'ils réorganisent leurs vie selon la maladie de leur chère fille. « On ne peut ni sortir, ni répondre aux invitations, ni avoir des loisirs». dit la maman

C'est ainsi que la maman ne souhaite plus enfanter à l'avenir.

I-4- Le vécu psychologique:

Loula nous relève plusieurs troubles psychologiques qui sont liées à la survenue du la maladie de sa fille par l'hydrocéphalie. On relève un sentiment de crainte d'avoir d'autre bébé malformé quand elle dit: «mon rêve d'avoir un enfant est brisé». Une tristesse lorsqu'à dit elle: «j'ai pleuré tout le temps ", et un modification de l'appétit quand elle dit « je mangerai juste pour pouvoir allaiter ma fille, j ai perdu l'appétit », modifications dans les habitudes de sommeil quand elle dit « je dors un peu moins que d'habitude », une faiblesse énorme qaund elle disait « je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avent », une dépression.

I-5- La famille et la relation sociale :

quant à la famille Loula déclare qu'elle n'était pas soutenue par celle-ci,

notamment du côté du son mari, elle a un sentiment de la pudeur de sa fille surtout avec le volume anormale de sa tête est pour cela elle évite d'aller chez sa famille.

I-6-La prise en charge :

La patiente autant qu'elle présente une dépression sévère à cause de l'état physique de sa fille. Le clinicien du service elle a orienté vers un psychiatre. Pour bien s'occuper.

II-L'ANALYSE DE L'INVENTAIRE DE BECK

Tableau N°5 : résultats de 2ème cas:

N :items	items	cotations	expressions
01	tristesse	03	Je suis si triste ou si malheureux ce n'est pas supportable
02	pessimisme	02	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir
03	Echec dans le passé	00	Je n'ai pas le sentiment d'avoir écouté dans la vie ou d'être une ratée
04	Perte de plaisir	01	J'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant
05	Sentiment de culpabilité	03	Je me sens tout le temps coupable
06	Sentiment d'être punie	03	J'ai le sentiment d'être punie
07	Sentiment négatif envers soi-même	00	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé
08	Attitude critique envers soi	02	Je me reproche tous mes défauts
09	Pensées ou désires	00	Je ne pense pas du

	de suicide		tout à me suicider
10	Pleurs	02	Je pleure pour la moindre petite chose
11	agitations	02	Je suis si agité ou tendue que j'ai du mal à rester tranquille
12	Perte d'intérêt	02	Je me m'intéresse presque plus aux gens et aux choses
13	indécision	01	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
14	dévalorisations	02	Je sens moins valable que les autres
15	Perte d'énergie	01	J'ai moins d'énergie qu'avant
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	1a	Je dors un peu moins que l'habitude
17	Irritabilités	02	Je suis un peu plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	3b	J'ai constamment envie de manger
19	Difficulté a se concentre	02	j'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que se soit
20	fatigue	03	Je suis trop fatiguée pour faire la plus part des choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	03	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Scores	/	38	/
Degré de dépression	/	sévère	/

Analyse des résultats de l'échelle de BECK

L'échelle de dépression de BECK démontre que :

Notre patiente a répondu par le degré N°(3) dans les items N° (1.5.6. 18.20.21) qui correspondent aux :

- Tristesse, Sentiment de culpabilité, Sentiment d'être punie, Modification de l'appétit, fatigue, Perte d'intérêt pour le sexe.

Et elle a répondu par le degré N°(2) dans les items N° (2.8.10.11.12.14.17.19) qui correspondent aux :

- Pessimisme, attitude critique envers soi, Pleurs, agitation, perte d'intérêt, dévalorisation, irritabilité, difficulté à se concentrer

Et elle a répondu par le degré N°(1) dans les items N°(4.13.15.16.) qui correspondent aux :

- Perte de plaisir, indécision, perte d'énergie, modifications dans les habitudes de sommeil

Et elle a répondu par le degré N°(0) dans les items N°(3.7.9.) qui correspondent à

- Echec dans le passé, Sentiment négatif envers soi même, Pensée ou désir suicide

Conclusion

D'après l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de BECK et de l'entretien clinique, nous avons constaté que notre patient présente une dépression sévère, à cause de la maladie de son fils, et les événements vécus.

Résultat :38, norme : 28 et plus « dépression sévère ».

Présentation de 3^{ème} cas

1-L'ANALYSE DU L'ENTRETIEN:

Il s'agit du Lamia, âgée de 29ans, d'un niveau d'étude de 9eme année, femme au foyer réside à Bejaia, son mari travaille dans une entreprise. Sa première grossesse était de Melissa âgée aujourd'hui de 13mois, Lila a eu 03 frères, pas de sœurs, elle classe la 2éme dans sa fratrie.

I-1- Histoire des troubles :

Tout au long de notre entretien, Lamia était très calme, compréhensive, elle a répondu à toutes nos questions sans aucune opposition.

La patiente nous raconte qu'elle s'était mariée en 2013 avec un homme qu'elle ne connaissait pas auparavant. Donc, un mariage traditionnel, par le temps la relation conjugale s'améliorait de plus en plus, et elle déclare qu'elle se sentait parfaitement en harmonie aujourd'hui avec son mari.

Après 18mois du mariage Lamia tombe enceinte. Une grossesse tant désirée et programmée, et l'idée d'avoir un enfant à hanter l'esprit des deux conjoints, l'enfant imaginaire est enfin présent, Lamia passe sa grossesse normale sans aucune complication, après avoir compléter la période de grossesse. Arriva l'heure de l'accouchement qui était avec césarienne car le bébé était peu gros.

Lamia séjourne 04 jours à l'hôpital après la naissance de sa fille : Melissa, cette dernière a été séparée de sa ma maman.

Après cette période, Melissa grandie jour après jour, les parents ne remarquent aucun changement sur leur petit ange.

Après quelque mois Melissa commence à présenter quelques anomalies

concernant le regard et l'attention, et précisément le volume de sa tête qui agrandit d'une façon déférente qu'un bébé normal. Ce qu'a nécessité de conduire la petite Melissa au pédiatre. Celui-ci demanda au parent de faire un scanner, ce que à confirmer son atteinte de l'hydrocéphalie.

I-2- La réaction des parents à l'annonce de diagnostic :

L'annonce du diagnostic c'était dans un bureau. la où les parents subissent la mauvaise nouvelle comme elle nous l'a déclarée

La réaction de Lamia était un état traumatique, pour elle c'était un moment très difficile. D'ailleurs elle avait perdu de. Dit-elle. «Je passais des jours et des nuits à pleurer j'ai perdue l'appétit" nous a déclarée.

La maman a fait une dépression réactionnelle puis elle a commencée à faire le deuil afin d'accepter la situation de sa fille, quant au père il a dû cacher ses sentiments pour dédramatiser l'événement en utilisant le mécanisme de dépression qui est conscient.

La petite Melissa a était hospitalisée a trois (03) reprises, et elle subit une opération durant son quatrième séjour.

I-3- Le couple et la vie conjugale :

La vie conjugale semble être « perturbe nous arrive et déstabilisées » , témoigne le père sa relation avec sa femme est devenue beaucoup plus vulnérable et sensible, « on est tous le temps sous pression »,disait le père, et « ca nous arrive souvent de se disputer a cause de l'enfant »,déclare t-il encore. la vie privée du couple, est envahie par les exigences de l'enfant, par ce qu'il doit être tous le temps présent avec ses parents et a chaque instant.

I-4- Le vécu psychologique:

Lamia nous relève plusieurs troubles psychologiques qui sont liées à la situation qu'elle vit, on souligne qu'elle est envahie par la tristesse qui se manifeste au préalable, sur son état physique elle est très maigre et pale, et l'isolement, elle se retire pour rester seule. Elle dit : « je parle moins, et c'est rare je participe aux moments des plaisirs », il s'agit d'un trouble de l'humeur du au sentiment déception et perte d'intérêt. comme elle a du nous relève un sentiment de culpabilité.

I-5- La famille et la relation sociale :

quant à la famille Lamia déclare qu'elle n'était pas soutenue par celle-ci, notamment du côté du son mari, elle a un sentiment de la pudeur de sa fille surtout avec le volume anormale de sa tête est pour cela elle évite d'aller chez sa famille.

I-6-La prise en charge :

Lamia est bien occupée au niveau du service par le clinicien du service et l'équipe médicale et paramédicale après l'opération de son fille Melissa donc elle peut dépasser la situation dépressive.

2-L'ANALYSE DE L'INVENTAIRE DE BECK**Tableau N°6 :résultat de 3eme cas:**

N : items	items	cotations	expressions
01	tristesse	02	Je suis tout le temps triste
02	pessimisme	03	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer

03	Echec dans le passé	01	J'ai échoué plus souvent que e n'aurais dû
04	Perte de plaisir	01	Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant
05	Sentiment de culpabilité	01	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire
06	Sentiment d'être punie	02	He m'attends à être punie
07	Sentiment négatif envers soi même	01	J'ai perdue confiance en moi
08	Attitude critique envers soi	01	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
09	Pensées ou désires de suicide	00	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	02	Je pleure pour la moindre petite chose
11	agitations	00	Je ne suis pas plus agitée ou plus rendue que d'habitude
12	Perte d'intérêt	01	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
13	indécision	02	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions
14	dévalorisations	01	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
15	Perte d'énergie	02	He n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grande chose

16	Modifications dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que l'habitude
17	Irritabilités	00	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	1a	J'ai un peu moins d'appétit qu'avant
19	Difficulté à se concentrer	02	j'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que soit
20	fatigue	03	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	00	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
scores	/	27	/
Degré de dépression	/	Modéré	/

Analyse des résultats de l'échelle de BECK

L'échelle de dépression de BECK démontre que :

Notre patiente a répondu par le degré N°(3) dans les items N° (2.20) qui correspondent aux :

- pessimisme, fatigue

Et elle a répondu par le degré N°(2) dans les items N° (1.6.10.13.15.19) qui correspondent aux :

- tristesse, Sentiment d'être punie, Pleurs, indécision, perte d'énergie, difficulté à se concentrer

Et elle a répondu par le degré N°(1) dans les items N°(3.4.5.7.8.12.14.16.18.) qui correspondent aux :

- échec dans le passé, Perte de plaisir, sentiment de culpabilité, Sentiment négatif envers soi même, attitude critique envers soi, perte d'intérêt, dévalorisation, modifications dans les habitudes de sommeil, modification de l'appétit

Et elle a répondu par le degré N°(0) dans les items N°(9.10.17.21) qui correspond à

- Pensée ou désire suicide, agitation, irritabilité, perte d'intérêt pour le sexe

Conclusion

D'après l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de BECK et de l'entretien clinique, nous avons constaté que notre patient présente une dépression modéré, à cause de la maladie de son fils, et les événements vécus.

Résultat : 27, norme (27-20) « dépression modéré ».

Présentation de 4^{ème} cas

I-L'analyse de l'entretien:

Il s'agit du Hakima, âgée de 36ans, d'un niveau d'étude de 6eme année, femme au foyer de Sétif demeuré de Bou andas. Sa première fille âgée de 13ans, et la 2 eme fille âgée de 10ans et le dernier enfant âgée de 4ans et son dernier enfant est un garçon âgé de 3mois, Hakima a eu 08 frères, 04 sœurs, elle classe la 7ème de la fratrie.

I-1- Histoire des troubles :

Tout au long de notre entretien, Hakima était un peu stressé, mais compréhensive, elle a répondu à toutes nos questions sans aucune opposition.

La patiente nous raconte qu'elle s'était mariée de puis 14ans avec un homme qu'elle connaissait auparavant c'est son cousin. Donc, un mariage de famille, elle déclare qu'elle se sentait bien avec son mari.

Hakima souhaite avoir un garçon après ses trois filles, passe son 1^{er} semestre de sa grossesse le plus normalement du monde sans aucune complication, à son 2^{eme} trimestre que Hakima savait qu'elle aura un garçon, elle était énormément joyeuse tellement elle a beaucoup souhaité l'avoir ; après avoir complété la période de 2^{eme} semestre, arriva le 3^{eme} semestre le médecin lui déclare qu'elle aura un enfant mal transformé et lui demanda de faire une fausse couche sinon sa vie est en risque et elle peut même perdre sa vie elle et son bébé mais elle décida de continuer sa grossesse jusqu'au bout et elle assume tout, l'essentiel de voir son garçon devant ses mains quelque soit son état physique, donc elle a complété son semestre et elle a accouché sans complications elle était très joyeuse de voir son enfant dans ses bras et pour ce la elle a fait une grande fête .

Après cette période, Aissam grandie jour après jour, son pédiatre remarque un changement sur le volume de la tête de petit garçon et demande a sa maman de lui faire les radios et un scanner s'il le faut.

Après avoir consulté un spécialiste il déclare a sa maman que l'enfant a une hydrocéphalie et précisément le volume de sa tête qui agrandit d'une façon déférente qu'un bébé normal et l'opération sera programmée dans quelque mois.

I-2-La réaction des parents à l'annonce de diagnostic :

L'annonce du diagnostic c'était dans un bureau. Là où la maman subit la catastrophe comme elle nous l'a déclaré.

La réaction de Hakima était bouleversante et traumatique, pour elle c'était un moment très difficile. D'ailleurs elle avait perdu conscience «je me reconnais pas, on dirait que j'étais dans un autre monde est maintenant que je me rends

compte. Dit-elle. «Je passais des jours et des nuits à pleurer j'ai perdue l'appétit" nous a elle déclarée.

La maman a fait une dépression réactionnelle puis elle a commencée à faire le deuil afin d'accepter la situation de sa fille, quant au père il a dû cacher ses sentiments pour dédramatiser l'événement en utilisant le mécanisme de dépression qui est conscient.

Le petit Aissam a était hospitalisée a trois une fois et elle subit une opération le lendemain de l'hospitalisation.

I-3- Le couple et la vie conjugale :

Avec l'atteinte d'Aissam par l'hydrocéphalie la vie conjugale a connu un changement relatif. Notamment dans la relation du couple, ils consacrent tous leur temps à leur fille, et ils se voient priver de toute ambition, il faut qu'ils réorganisent leurs vie selon la maladie de leur chère fille. « On ne peut ni sortir, ni répondre aux invitations, ni avoir des loisirs». dit la maman

C'est ainsi que la maman ne souhaite plus enfanter à l'avenir

I-4- Le vécu psychologique:

C'est la maman qui subit tout, et c'est a elle seule que revient la prise en charge de son fils. Dans cette épisode on a du remarquer un sentiment culpabilité qu' elle dit : « je n'aurais pas du le faire, d'arrêter les pilles ».on a relève ainsi un sentiment d'ambivalence par rapport a son attitude visa vis de son fils, tantôt elle dit : « je ne sais pas »,un moment de pleure, elle rajoute aussi : « mon fils est tous pour moi. », « si dieu le veut, il ira mieux »,en pleurant encore, tantôt elle dit : « je ne le vois pas déferent des autres, il est parfait. ».

I-5- La famille et la relation sociale :

quant à la famille Hakima déclare qu'elle n'était pas soutenue par celle –ci, notamment du cote du son mari, elle a un sentiment de la pudeur de son garçon surtout avec le volume anormale de sa tête est pour cela elle évite d'aller chez sa famille.

I-6-La prise en charge :

La maman fait un effort énorme afin de prendre en charge son fils, elle dit : « je fait tous possible pour lui », ainsi on a remarquer, qu'elle a développer des mécanismes de défenses sous forme d'étayage sur des objets extérieure orientes vers le recherche de soutien informationnelle. Hakima a besoin d'une prise en charge psychologique.

II-LANALYSE DE L'INVENTAIRE DE BECK**Tableau N°7 : résultats de 4ème cas:**

N : items	items	Cotation	expression
01	tristesse	0	Je me sens pas triste
02	pessimisme	0	Je me sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer
03	Echec dans le passé	01	je suis pas découragée face à mon avenir
04	Perte de plaisir	02	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
05	Sentiment de culpabilité	00	Je ne me sens pas particulièrement coupable

06	Sentiment d'être punie	01	Je sens que je pourrais être punie
07	Sentiment négatif envers soi même	00	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé
08	Attitude critique envers soi	02	Je me reproche tous mes défauts
09	Pensées ou désires de suicide	00	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	00	Je ne pleure pas plus qu'avant
11	agitations	02	Je suis si agitée ou tendue que j'ai dû mal à rester tranquille
12	Perte d'intérêt	02	Je m'intéresse presque plus aux gens et aux choses
13	indécision	00	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
14	dévalorisations	01	Je pense être quelqu'un de valable
15	Perte d'énergie	02	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand chose
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que l'habitude
17	Irritabilités	02	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	1a	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	01	Je ne parviens pas à me concentrer sur quoi que ce soit
20	fatigue	02	Je suis trop fatiguée

			pour faire un grand nombre de chose que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	00	Je n'ai noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
scores	/	20	/
Degré de dépression	/	Modéré	/

Analyse des résultats de l'échelle de BECK

L'échelle de dépression de BECK démontre que :

Notre patiente a répondu par le degré N°(3) dans aucun item.

Et elle a répondu par le degré N°(2) dans les items N° (4.8.11.12.15.17.20) qui correspondent aux :

- Perte de plaisir, , attitude critique envers soi , agitation, , perte d'intérêt , perte d'énergie, irritabilité, fatigue

Et elle a répondu par le degré N°(1) dans les items N°(3.6.14.16.19) qui correspondent aux :

- échec dans le passé, , sentiment d'être punie, dévalorisation, modification dans les habitudes de sommeil, difficulté à se concentrer.

Et elle a répondu par le degré N°(0) dans les items N°(1.2.5.7.9.10.21) qui correspond à

- tristesse, pessimisme, sentiment de culpabilité, sentiment négatif envers sois même, pensée ou désirs suicidaire, pleurs, perte d'intérêt pour le sexe

Conclusion

D'après l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de BECK et de l'entretien clinique, nous avons constaté que notre patient présente une dépression modéré, à cause de la maladie de son fils, et les évènements vécus.

Résultat : 20, norme (27-20) « dépression modéré».

Présentation de 5^{ème} cas

I-L'analyse du l'entretien:

Il s'agit du Hanane, âgée de 26 ans, d'un niveau d'étude de 3AS année, femme au foyer réside a Bejaia, a eu 01 frères, 03 sœurs, elle classe la 3ème dans sa fratrie.

I-1- Histoire des troubles :

Tout au long de notre entretien, Hanane s'est montrée un peu inquiétée , elle été compréhensive, elle a répondu à toutes nos questions très vite .

La patiente nous raconte qu'elle s'était mariée en 2016 avec un homme qu'elle ne connaissait pas auparavant c'est son voisin mais elle n'a pas de relation avec lui. Elle déclare qu'elle se sentait parfaitement en harmonie aujourd'hui avec son mari.

Hanane tombe enceinte après cinq mois de son mariage était très heureuse et le même sentiment ressenti par son mari, elle a suivi sa grossesse et tout marche bien, elle a juste pris quelque vitamines puisque elle était affaiblit, elle déclare que une nuit de sont sept^{ème} mois elle a eut des écoulements donc elle est déplacée médiatement à l'hôpital et son cas lui nécessite un accouchement précoce, donc son accouchement était normal, elle été hospitalisé pendant 2jrs et sa fille pendant 27jrs.

I-2- La réaction des parents à l'annonce de diagnostic :

L'annonce du diagnostic c'était dans un bureau. La où la maman subit la mauvaise nouvelle comme elle nous l'a déclaré.

La réaction de Hannae était bouleversante et triste, pour elle c'était un moment très difficile. D'ailleurs elle avait perdu conscience «je me reconnais

pas, on dirait que j'étais dans un autre monde est maintenant que je me rends compte. Dit-elle. «Je passais des jours et des nuits à pleurer j'ai perdue l'appétit" nous a elle déclarée.

La maman a fait une dépression réactionnelle puis elle a commencée à faire le deuil afin d'accepter la situation de sa fille, quant au père il a dû cacher ses sentiments pour dédramatiser l'événement en utilisant le mécanisme de dépression qui est conscient.

La petite Saida a était hospitalisée une fois et elle subit une opération le lendemain de l'hospitalisation.

I-3- Le couple et la vie conjugale :

Avec l'atteinte de Saida par l'hydrocéphalie la vie conjugale a connu un changement relatif. Notamment dans la relation du couple, ils consacrent tous leur temps à leur fille, et ils se voient priver de toute ambition, il faut qu'ils réorganisent leurs vie selon la maladie de leur chère fille. « On ne peut ni sortir, ni répondre aux invitations, ni avoir des loisirs». dit la maman

I-4- Le vécu psychologique:

L'hydrcephalie de l'enfant a beaucoup influence la vie psychique des parents, dans laquelle on peut trouver des troubles de l'humeur a caractère dépressive du aux sentiment de déception et perte d'interet,telle que la tristesse, lorsqu'elle dit : « j'aime rester seule. », « je suis désespérée », « on croyait vivre le bonheur avec l'enfant ».Comme on du remarquer un sentiment d'ambivalence souligne par le conflit intra psychique quant a l'évolution de sa fille dans le passage qui dit : « je suis d'autre l'optimisme et le pessimisme ».

I-5- La famille et la relation sociale :

Hanane a un sentiment de la pudeur de sa fille surtout avec le volume anormale de sa tête est pour cela elle évite d'aller chez sa famille.

I-6-La prise en charge :

Hanane a trouvé de l'aide à l'égard de l'état de sa fille, et elle était prise en charge au niveau du service neurochirurgie.

II-L'ANALYSE DE L'INVENTAIRE DE BECK**Tableau N°8 : résultats de 5cas:**

N :items	Items	cotations	expressions
01	Tristesse	00	Je me sens pas triste
02	Pessimisme	01	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir
03	Echec dans le passé	00	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
04	Perte de plaisir	01	Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant
05	Sentiment de culpabilité	00	Je ne me sens pas particulièrement coupable
06	Sentiment d'être punie	00	Je n'ai le sentiment d'être punie
07	Sentiment négatif envers soi-même	01	J'ai perdu confiance en moi
08	Attitude critique envers soi	01	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
09	Pensées ou désires de suicide	00	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	01	Je pleure plus

			qu'avant
11	Agitations	00	Je ne suis pas agitée plus rendue que d'habitude
12	Perte d'intérêt	01	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
13	Indécision	01	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
14	dévalorisations	01	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
15	Perte d'énergie	02	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand chose
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que l'habitude
17	Irritabilités	01	Je suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	1a	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude
19	Difficulté a se concentre	02	J'ai du mal à concentrer longtemps sur quoi que soit
20	Fatigue	02	Je suis trop fatiguée pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	00	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
Scores		17	/
Degré de	/	légère	/

dépression			
------------	--	--	--

Analyse des résultats de l'échelle de BECK

L'échelle de dépression de BECK démontre que :

Notre patiente a répondu par le degré N°(3) dans aucun item.

Et elle a répondu par le degré N°(2) dans les items N° (15.19.20) qui correspondent aux :

- perte d'énergie, difficulté à se concentrer, fatigue

Et elle a répondu par le degré N°(1) dans les items N°(2.4.7.8.10.12.13.14.16.17.18) qui correspondent aux :

- pessimisme, perte de plaisir, sentiment négatif envers soi-même, attitude critique envers soi-même, pleur, perte d'intérêt, indécision, dévalorisation, modification dans les habitudes de sommeil, irritabilité, modification de l'appétit,

Et elle a répondu par le degré N°(0) dans les items N°(1.3.5.6.9.11.21) qui correspondent à

- tristesse, échec dans le passé, sentiment de culpabilité, sentiment d'être punie, pensée ou désirs suicidaire, agitation, perte d'intérêt pour le sexe

Conclusion

D'après l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de BECK et de l'entretien clinique, nous avons constaté que notre patiente manifeste une dépression légère, à cause de la maladie de son fils, et les événements vécus.

Résultat : 17, norme (19-12) « dépression légère ».

Présentation de 6^{ème} cas

I-L'analyse du l'entretien:

Il s'agit du SAMIA, âgée de 35 ans, d'un niveau d'étude de 6ème année, femme au foyer de Bordj Bouariridj. Son mari travaille dans une usine, SAMIA a eu 03 frères, 02 des sœurs, elle classe la 3ème de la fratrie.

I-1- Histoire des troubles :

Tout au long de notre entretien, SAMIA était calme, compréhensive, elle a répondu à toutes nos questions sans aucune opposition.

La patiente nous raconte qu'elle s'était mariée de puis 2ans avec un homme qu'elle connaissait auparavant c'est son cousin. Donc, un mariage de famille, elle déclare qu'elle se sentait bien avec son mari.

SAMIA souhaite avoir un enfant, passe son 1^{er} semestre de sa grossesse le plus normalement du monde sans aucune complication, à son 2ème trimestre que SAMIA savait qu'elle aura un garçon, elle était énormément joyeuse tellement elle a beaucoup souhaité l'avoir après avoir complété la période de 2ème semestre vient le moment de l'accouchement, son accouchement était normal.

Après cette période, TAYEB grandit jour après jour, son entourage familial « sa belle-sœur » remarque un changement sur le volume de la tête de petit garçon à l'âge de 6mois et demande à sa maman de lui prendre vers un médecin spécialiste.

Après avoir consulté un spécialiste il déclare à sa maman que l'enfant a une hydrocéphalie et précisément le volume de sa tête qui agrandit d'une façon déférente qu'un bébé normal et l'opération sera programmée dans quelque mois.

I-2- La réaction des parents à l'annonce de diagnostic :

La maman a fait une dépression réactionnelle puis elle a commencée à faire le deuil afin d'accepter la situation de son fils, quant au père il a dû cacher ses

sentiments pour dédramatiser l'événement en utilisant le mécanisme de dépression qui est conscient.

Le petit TAYEB a été hospitalisée à trois reprises et elle subit une opération le lendemain de l'hospitalisation.

I-3- Le couple et la vie conjugale :

Avec l'atteinte de TAYEB par l'hydrocéphalie la vie conjugale a connu un changement relatif. Notamment dans la relation du couple, ils consacrent tous leur temps à leur fils, et ils se voient priver de toute ambition, il faut qu'ils réorganisent leur vie selon la maladie de leur chère fille. « On ne peut ni sortir, ni répondre aux invitations, ni avoir des loisirs ». dit la maman

I-4- Le vécu psychologique:

SAMIA relève un sentiment de crainte d'avoir d'autre bébé malformé quand elle dit: «mon rêve d'avoir un enfant est brisé». Une tristesse lorsqu'elle dit elle: «j'ai pleuré tout le temps ».

I-5- La famille et la relation sociale :

quant à la famille SAMIA déclare qu'elle est soutenue par celle-ci, notamment du côté de son mari.

I-6- La prise en charge :

Samia était prise en charge au niveau du service par le clinicien.

II-L'ANALYSE DE L'INVENTAIRE DE BECK

Tableau N°9 : résultats de 6 cas:

N :items	items	cotations	expressions
01	tristesse	03	Je suis si malheureuse ce n'est

			pas supportable
02	pessimisme	02	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi
03	Echec dans le passé	00	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une punie
04	Perte de plaisir	00	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent
05	Sentiment de culpabilité	01	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire
06	Sentiment d'être punie	00	Je n'ai pas le sentiment d'être punie
07	Sentiment négatif envers soi même	01	J'ai perdue confiance en moi
08	Attitude critique envers soi	00	Je ne me blâme pas.
09	Pensées ou désires de suicide	00	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	01	Je pleure plus qu'avant
11	agitations	01	Je me sens plus rendue que d'habitude
12	Perte d'intérêt	00	Je n'ai pas perdue d'intérêt pour les gens ou pour les activités
13	indécision	00	je prends des décisions aussi bien qu'avant
14	dévalorisations	00	Je pense être quelqu'un de valable
15	Perte d'énergie	01	J'ai moins d'énergie

			qu'avant
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que l'habitude
17	Irritabilités	00	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	1a	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude
19	Difficulté a se concentre	01	Je me parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20	fatigue	01	Je me suis pas plus fatiguée que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	01	le sexe m'intéresse moins qu'avant
Scores	/	15	/
Degré de dépression	/	Légère	/

Analyse des résultats de l'échelle de BECK

L'échelle de dépression de BECK démontre que :

Notre patiente a répondu par le degré N°(3) dans L' item N°1

- tristesse

Et elle a répondu par le degré N°(2) dans l' item N° (2) qui correspondent aux :

- pessimisme

Et elle a répondu par le degré N°(1) dans les items N°(5.7.10.15.16.18.19.20.21) qui correspondent aux :

- sentiment de culpabilité, attitude critique envers sois même, pleurs, perte d'énergie, modification dans les habitudes de sommeil, modification de l'appétit, difficulté à se concentrer, fatigue, perte d'intérêt pour le sexe

Et elle a répondu par le degré N°(0) dans les items N°(3.6.8.9.12.13.14.17) qui

correspond à

- échec dans le passé, sentiment d'être punie, attitude critique envers soi, pensée ou désirs suicidaire, perte d'intérêt, indécision, dévalorisation, irritabilité

Conclusion

D'après l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de BECK et de l'entretien clinique, nous avons constaté que notre patient manifeste une dépression légère, à cause de la maladie de son fils, et les événements vécus.

Résultat : 15, norme (19-12) « dépression légère ».

Tableau N°10 récapitulatif des résultats:

Le tableau ci-dessous présente les résultats obtenus lors de la passation de l'échelle de dépression de BECK.

N° de Cas	Prénom	Age	Scores	Degrés de dépression
1	Lila	30	50	Sévère
2	Loula	30	38	Sévère
3	Lamia	29	27	Modéré
4	Hakima	36	20	Modéré
5	Hanane	26	17	Légère
6	Samia	35	15	Légère

Discussion des hypothèses :

L'ensemble des résultats obtenus par les outils de recueil pour vérifier notre hypothèse concernant la manifestation des réactions psychologiques

notamment la dépression sur les mères ayant enfant hydrocéphale en l'occurrence l'entretien clinique et l'échelle de dépression de BECK pour adulte montrent que, cette hypothèse était confirmée chez tout les cas (06cas sur 06cas).

Chez les 6 sujets, avec lesquels on a confirmé notre hypothèse, on a pu détecter deux niveaux de dépression : on a trouvé (04)cas(Hakima),(Lamia), (Loula) et (Lila), sur (06)cas qui présentent une dépression modérée à sévère et (02)cas (Hanane),(Samia) manifestent une dépression faible.

M^{me} « Hakima » présente une dépression modéré d'un score égale à 20points, elle a présenté quelque signe dépressifs tels que : perte de plaisir, avoir un attitude critique envers soi, perte d'intérêt, irritabilité, et la fatigue.

Ce qui concerne M^{me} « Lamia » présente une dépression modéré d'après les résultats obtenus de 27points, quelques signes dépressifs sont présentés tels que le pessimisme envers l'avenir, le sentiment d'être punie et une énergie faible dont son corps est chétif, indécision, et aussi la difficulté à se concentrer.

M^{me} « Loula » présente une dépression sévère aussi d'après ses résultats obtenus de 38 points nous avons retiré ses symptômes dépressifs tels que : la tristesse, des troubles du sommeil qui sont associés à des pleurs de cette maman des troubles alimentaires, le pessimisme, la présence de sentiment être punie ainsi que le sentiment de la culpabilité, avoir des modifications de habitudes de sommeils et d'autre symptômes.

M^{me} « Lila » présente une dépression sévère d'après ses résultats obtenus de 50 points elle souffre de multiple symptômes dépressifs ; tel que les troubles de sommeil, trouble alimentaire, la tristesse, attitude critique envers soi, perte d'intérêt pour les gens ce qui lui provoquée des changements de coté relationnel

avec son entourage et ses proches, fatigue aigue sans rien faire, le sentiment de culpabilité, sentiment de culpabilité, indécisions, difficulté à se concentré.

M^{me} « Hanane » souffre d'une dépression légère d'un score de résultat obtenu égale à 17points, elle a présenté des symptômes dépressifs d'un degré faible tels que le pessimisme, perte de plaisir, perte d'énergie et l'irritabilité.

M^{me} « Samia » souffre d'une dépression légère d'un score de résultat obtenu égale à 15points, elle a présenté des symptômes dépressifs d'un degré faible tels que l'agitation, pleure, perte de plaisir, modifications dans les habitudes de sommeil, modification de l'appétit.

Conclusion :

Effectivement, concernant la dépression chez les mères ayants enfants atteints d'une hydrocéphalie est apparue à travers des résultats obtenues par les deux outils utilisés durant notre étude : l'entretien clinique et l'échelle de dépression de BECK pour adulte.

Conclusion Générale

Conclusion Générale

A travers de cette recherche on a essayé d'aborder la question de vécu des mères ayants enfants atteints d'une hydrocéphalie en se basant sur l'observation constatées lors de la pré-enquête. A partir de différents entretiens, l'échelle de la dépression de BECK apporte auprès de ses mères à cette étude.

L'objectif principale de cette recherche intitulée « le vécu psychologique des mères ayants enfants atteints d'une hydrocéphalie » était de déterminer la nature de vécu psychologique de ses mères et d'expliquer l'existante des processus réactionnelles parmi les, la dépression.

Nous avons réalisé une étude de recherche de 06 cas, et pour réaliser et montrer cette étude, on a choisi la méthode clinique, on a utilisé l'entretien semi-directif, l'échelle de dépression de Beck.

Ensuite, après l'analyse de l'entretien clinique et application de l'échelle de dépression, nous permet de constater spécifiquement que chez les mères des enfants atteints d'une hydrocéphalie présentent une dépression.

Par ailleurs, nous avons remarqué que le vécu psychologique diffère d'une mère à une autre et cela en raison de :

- le niveau d'instruction.
- La vision positive /négative vis-à-vis l'atteint du l'enfant.
- Le niveau de l'acquisition de l'information médicale sur la maladie.
- présentation de plusieurs mécanismes de défenses.

Malgré les lacunes que peut présenter notre recherche , on doit signaler que ce modeste travail n'a été pour nous qu'une initiation à la recherche ,nous espérons qu'elle puisse ouvrir des perspectives à d'autre recherche .Nous espérons à travers cette recherche avoir contribué à faire comprendre les souffrances de ses mères leurs accorde une écoute, une prise en charge et leurs aider à confronter des informations médicales sur cette maladie. Aussi

Conclusion générale

particulièrement d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles pour autre recherche ultérieur.

D'un point de vue globale, cette recherche était une partie de plaisir, bénéficiant d'une structure dynamique et accueillante, qui nous a apporté également un enrichissement humain et scientifique, cela dans le domaine qui nous intéresse grandement.

Bibliographie

La liste bibliographique

La liste des ouvrages :

HALENE Romano,(2011), « la maladie et le handicap à hauteur d'enfant », Paris,Frabert.

JULIEN-DANIEL Guelfi & FREDERIC Rouillon ,(2012),« manuel de psychiatrie »,Paris,ELSEVIER.

PERETTI C-S,(2012), « comprendre et soigner la dépression »,Paris, ELSEVIER.

AKTOUF.O (1987), « méthodologie des sciences sociales et approche qualitative, une organisation, une introduction à la démarche classique et une critique », Quèque, édition les presses université.

PALAZZOLO.J (2007), « dépression et anxiété »,Paris, édition Masson

HARDY M.C et coll, (2011), « enseignement de la psychiatrie », Paris,édition Don.

BOUVARD M & COTTRAUX J, (2002), « protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie »,Paris,édition Masson.

PIERRE Ferrand,(2016), « intervention dans les troubles neurologiques, liés au handicap, soins palliatifs »,édition Lavoisier.

CHABERT Catherine et all.(2005), »figures de la dépression », Paris, Vuibert.

BETRAND Servais Muriel, (2004), « comprendre la dépression pour en guérir »,Paris,Vuibert.

MAREAU Charlotte, et DREYFUS VANEK Adeline,(2004), « l'indispensable de la psychologie », France,STUDYRAMA.

MARTY François,(2008), « les grands concepts de la psychologie », Paris,Masson.

MAZANERA.C.(2003), « troubles de l'humeur », paris,Masson.

MICHAEL.B & HAROLD.A.P, (2004), « manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », Paris,Synovial.

PEDINIELL, J.L.(1994), « introduction à la psychologie clinique », Paris, Nathan.

PEDINIELL, J.L.(2005), « les états dépressifs », Paris, Armand Colin.

GIRAUDET J-S ,(2006), « Annonce du diagnostic de la maladie chronique à un patient », Paris,SYNOVIAL

PUAUX Elodie.(2012), « Ma nouvelle compagne :la maladie chronique », Paris, Nathan.

EPELBAUM.C &FERRARI.P (2012), « réactions psychologiques à la maladie chez l'enfant »,Paris, Nathan.

LAURENCE Pernoud, (2013), « j'attends un enfant »,édition, HORAY.

DEBRAY Q, GRAGER B, & Coll, « psychopathologie de l'adulte », Paris,éditionElservier Masson.

ROBERT L, & Coll, (1999), « les troubles anxieux, approche cognitive et comporementale »,Paris,édition Masson.

SWEARINGEN P-L ,(1999), « guide de poche des soins médicaux chirurgicaux », Paris, édition BERTI.

IONESCU Serban, JACQUET Marie-Madeleine, LHOTE Claude,(2004), « les mécanismes de défense théorie et clinique », Paris, Nathan.

SILLAMY N.(1999), « dictionnaire de psychologie », Paris, Larousse.

SILLAMY N.(2003), « dictionnaire de psychologie », Paris, Larousse.

Dictionnaire « le petit larousse », (2010), Paris.

BLOCH Henriette et all. (1992), « Grand dictionnaire de la psychologie », 2ed, Bruxelles, Larousse.

<https://www.la-depression.org/comprendre-la-depression/la-depression-en-chiffre/>

<http://infocom.ca/rea-pathologies/hydrocephalie/>

Dr IDIR TAKBOUT,(2016), « Cours de médecine 7^{eme} année(hydrocéphalie) », université de Bejaia,Algérie.

BOUATTA Chérifa,(2012), « jeune entre malaise de vie et projet de vie », collection Semailles, édition la SARP, Algérie.

BOUATTA Chérifa,(2010), « masculin/féminin approche psychologique & psychosociologique», collection Semailles, édition la SARP, Algérie.

BROUSSELLE.A, et GRIBEAULTE.A, (2009), « le sujet en souffrance », collection Semailles, édition la SARP, Algérie.

AMAROU Nadjia « les hydrocéphalies chez l'enfant à propos de 63cas » thèse de médecine Rabat 2003

Annexes

ANNEXE (A)

Annexe n 01 : Guide d'entretien

Données personnelles :

- 1-quel âge avez –vous ?
- 2-quel est votre niveau d'instruction ?
- 3-quelle est votre situation familiale ?
- 4-exercez vous une fonction ?si oui la qu'elle ?
- 5-quel âge a votre époux ?
- 6-quel est votre niveau d'instruction ?
- 7-exercez-il une fonction ? Si oui la qu'elle ?
- 8-combien d'enfant avez-vous ?
- 9-quel' âge de votre enfant atteint ?
- 10-quel est son sexe ?

Axe 01 : Historique de la grossesse a la naissance

- 11-s'agit-il d'une grossesse désirée ?si non ,pourquoi ?
- 12-quelle été votre réaction quand vous avez appris votre grossesse ? Pour quoi avez-vous eu cette réaction ?
- 13-comment s'est déroulée votre grossesse ?
- 14-comment avez-vous imaginé votre enfant ?
- 15-s'agit 'il d'un accouchement a terme ?s'il est prématuré ,pourquoi ?
- 16-l'accouchement a été par voie naturelle. Ou par cesarienne.pourquoi ?
- 17-pendant l'accouchement. Avez-vous rencontré des difficultés ?si oui. Les quelles ?

18-quand est ce que vus avait appris la maladie de votre enfant ?vous avez des reconnu la maladie de votre enfant toute seule ?si non .qui a vous informée de cette maladie ?et comment ?

19-comment vous avez réagir devant cette annonce ?qu'avez-vous ressenti a ce moment la ?

20-avez-vous appris l'hydrocéphalie de votre enfant toute seule ou avec votre époux ?

21-si vous étiez toute seule. Qui a informée votre époux ?

22-quelle était sa réaction a lui ?

23-avez-vous cherché a informée quoi soufre ton enfant ?

24-est ce que vous avez déjà entendu de l'hydrocéphalie avant ?

25-y a-t-il quelqu'un de votre famille qui porte cette maladie ? si oui quelle est votre lien de parente avec lui ?

Axe 02 : l'état psychique et physique de la mère après la naissance de l'enfant atteint d'une hydrocéphalie

26-comment était votre sante avant et après avoir donne naissance a votre enfant ?y a-t-il eu des changements .si oui lesquels ?

27-est que vous arriviez a effectuer vos taches quotidiennes avec la même énergie qu'avant la naissance de votre enfant malade. Ou bien avec. Moins d'énergie ?

28-est que vous vous sentez que vous vous reposez la nuit ?si non, pourquoi ?

29- partager vous vos souffrances avec quelqu'un de la famille ?si non, pourquoi ?

30-est ce que vous arriviez a gérer les difficultés de la vie quotidienne toute seule ?si non, pourquoi ?

31-est ce que vous avez remarquez un changement dans votre humeur, vos activités, et dans vos relations ?si oui, pourquoi ?

Axe 03 :le couple et la relation conjugale

32-quel est la réaction du père face a la naissance de son enfant ?

33-y a-t-il des changements dans votre relation conjugale ?

34-est ce que votre époux accepte la maladie de son bébé ?

35-est ce que votre mari vous aidez a s'occuper votre bébé atteint ?

Axe 04 : le vécu psychologique

36-comment vous vous sentez face a l'adolescence de votre enfant ?

37- percevez-vous son adolescent positivement ou négativement ?

38-Avez-vous constate des changements dans votre appetit, dans votre poids, dans votre sommeil ?si oui, depuis quand ?

39-Est-ce que vous aimez y aller aux fêtes ?

40-prenez vous du temps a vous faire belle ?si non pourquoi ?

41-aimez vous faire la cuisine ?et pourquoi ?

Axe05: la famille et la relation sociale

42-quel était le rôle de votre conjoint âpres la naissance de votre enfant ?joue-il avec votre enfant ?

43-comment les personnes de votre entourage percevaient la situation de votre enfant ?

44-parlez vous-de votre enfant a vous amis ?et pourquoi ?

45-faire vous répondrais à l'invitation de la famille ?

46-allez vous a la famille ?

Axe06 : le regard vers l'avenir

47-comment envisagez-vous de l'avenir de votre bébé?

48-quels sont les projets que vous tracez pour votre enfant ?

49-avez-vous des inquiétudes pour son avenir ? si oui, les quels ?

50- que souhaitez-vous pour l'avenir de votre enfant ?

ANNEXE (B)

Inventaire de Dépression de Beck (Aaron T. Beck. M.D.)

Dans la sémiologie "psy" vous aviez toute la sémiologie de la dépression, nous vous présentons ici, les tests qui peuvent vous aider.

Pour chacun des groupes d'énoncés suivants, entourez le chiffre qui décrit le mieux votre état. À la fin du test, additionnez le total de vos réponses.

1) tristesse

- 0- Je ne me sens pas triste.
- 1- Je me sens triste.
- 2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.
- 3- Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.

2) pessimisme

- Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir.
- Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.
- Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir.
- L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.

3) Echec dans le passé

- 0- Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).
- 1- Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.
- 2- Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.
- 2- Je suis un(e) raté(e).

4) Perte de plaisir

- 0- Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.
- 1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.
- 2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.
- 3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.

5) Sentiment de culpabilité

- 0- Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1- Je me sens coupable une grande partie du temps.
- 2- Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.
- 3- Je me sens constamment coupable.
- 4-

6) Sentiment d'être punie

- 0- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
- 1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e).
- 2- Je m'attends à être puni(e).
- 3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).

7) Sentiment négatif envers soi même

- 0- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
- 1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e).
- 2- Je m'attends à être puni(e).
- 3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).

8) Attitude critique envers soi même

- 0- Je me blâme pas ou je ne critique pas plus que d'habitude
- 1- Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
- 2- Je me reproche tous mes défauts.
- 3- Je me reproche tous malheurs qui arrivent.

9) pensées ou désirs de suicide

- 0- Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1- Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2- J'aimerais me suicider.
- 3- Je me suiciderai si l'occasion se présente.

10) pleurs

- 0- Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1- Je pleure plus qu'avant.
- 2- Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3- Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11) Agitation

- 0- Je suis plu agité(e) ou plus rendu(e) que d'habitude.
- 1- Je me sens plus agité(e) ou plus rendue que d'habitude.
- 2- Je suis sis agité(e) ou plus rendue que j'ai du mal à rester tranquille. .
- 3- Je suis agité(e)ou rendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12)perte d'intérêt

- 0- Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1- Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2- Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses .
- 3- J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13)indécision

- 0- Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1- Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2- J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3- J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14)dévalorisation

- 0- Je pense être quelqu'un de valable.
- 1- Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2- Je me sens moins valable que les autres.
- 3- Je sens que je ne vauds absolument rien.

15)perte d'énergie

- 0- J'ai toujours autant d'énergie qu'avant .
- 1- J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2- Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand chose.
- 3- J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16)modifications dans les habitudes de sommeil

- 0- Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé .
- 1- 1a) je dors un peu plus que d'habitude
1b) je dors un peu moins que d'habitude.
- 2- 2a)Je dors beaucoup plus que d'habitude
.2b) je dors beaucoup moins que d'habitude
- 3- 3a)Je dors presque toute la journée.
3b)Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir

17)irritabilité

- 0- Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1- Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2- Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3- Je suis constamment irritable.

18) modifications de l'appétit

- 0- Mon appétit n'a pas changé .
- 1- 1a) j'ai un peu moins d'appétit que d'habitude
1b) j'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2- 2a) Je dors beaucoup moins d'appétit que d'habitude
.2b) j'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude
- 3- 3a) Je n'ai pas d'appétit du tout.
3b) J'ai constamment envie de manger.

19) difficulté à se concentrer

- 0- Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1- Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2- J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3- Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20) fatigue

- 0- Je me suis plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1- Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2- Je suis trop fatigué (e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3- Je suis trop fatigué (e) pour faire la plus part des choses que je faisais avant.

21) perte d'intérêt pour le sexe

- 0- Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1- Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2- Le sexe m'intéresse beaucoup moins qu'avant.
- 3- J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Tableau : notes seuils au BDI-II

Note totale	niveau
0 à 11	Minimum
12 à 19	Léger
20 à 27	Modéré
28 à 63	Sévère

Annexe n°02: l'échelle de dépression de Beck (la BDI-II)



Date: _____

_____ année / mois / jour

Nom _____ Situation de famille _____ marié(e) vivant en union libre
 divorcé(e) veuf(ve)
 séparé(e) célibataire

Âge _____ Sexe _____ M F Profession _____ Niveau d'études _____

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerchez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerchez-le. Assurez-vous de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

<p>1 Tristesse</p> <p>0 Je ne me sens pas triste.</p> <p>1 Je me sens très souvent triste.</p> <p>2 Je suis tout le temps triste.</p> <p>3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.</p> <p>2 Pessimisme</p> <p>0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.</p> <p>1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.</p> <p>2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.</p> <p>3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.</p> <p>3 Échecs dans le passé</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un(e) raté(e).</p> <p>1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.</p> <p>2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.</p> <p>3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.</p> <p>4 Perte de plaisir</p> <p>0 J'éprouve toujours autant de plaisir quant aux choses qui me plaisent.</p> <p>1 Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant.</p> <p>2 J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.</p> <p>3 Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.</p>	<p>5 Sentiments de culpabilité</p> <p>0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p> <p>1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.</p> <p>2 Je me sens coupable la plupart du temps.</p> <p>3 Je me sens tout le temps coupable.</p> <p>6 Sentiment d'être puni(e)</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).</p> <p>1 Je sens que je pourrais être puni(e).</p> <p>2 Je m'attends à être puni(e).</p> <p>3 J'ai le sentiment d'être puni(e).</p> <p>7 Sentiments négatifs envers soi-même</p> <p>0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.</p> <p>1 J'ai perdu confiance en moi.</p> <p>2 Je suis déçu(e) par moi-même.</p> <p>3 Je ne m'aime pas du tout.</p> <p>8 Attitude critique envers soi</p> <p>0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.</p> <p>2 Je me reproche tous mes défauts.</p> <p>3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.</p> <p>9 Pensées ou désirs de suicide</p> <p>0 Je ne pense pas du tout à me suicider.</p> <p>1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.</p> <p>2 J'aimerais me suicider.</p> <p>3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.</p>
---	--



Traduction et adaptation permises. Copyright © 1997 par Aaron T. Beck. Traduction française et adaptation canadienne copyright © 2005 par Harcourt Assessment, Inc., U.S.A. et Harcourt Assessment, une division de Harcourt Canada, Ltd. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie, l'enregistrement ou l'utilisation de systèmes d'emmagasinement et de récupération de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur. Tous droits réservés. Imprimé au Canada.

Pour commander des Cahiers de notation du BDI-II, appelez le 1-866-335-8427.

0-7747-5230-0

Sous-total, page 1

Verso

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Note: Ce formulaire est imprimé en noir et bleu.
Si ces deux couleurs n'apparaissent pas sur le présent exemplaire, c'est qu'il a été photocopié en violation des lois ayant trait aux droits d'auteur.

_____ Sous-total, page 2

_____ Sous-total, page 1

_____ Score total