

*République Algérienne Démocratique et Populaire*  
*Ministère de L'enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique*  
**Université A. Mira de Bejaia**  
**Faculté des Lettres et Sciences Humaines**  
**Département Sciences Sociale**

## **MEMOIRE DE FIN DE CYCLE**

En vue d'obtention d'un diplôme de MASTER en Psychologie (LMD)

Option : **Psychologie clinique**

### **Thème**

#### **LA DEPRESSION CHEZ LES HANDICAPES MOTEURS ADULTES**

Etude réalisée au sein de l'association ECHO des handicapés. TAZMALT-  
BEJAIA.

Préparé par :

M<sup>elle</sup> HADDAD SOFIA

Encadré par :

M<sup>r</sup> LAOUDJ MABROUK



*Promotion : 2012 /2013*



*Au terme de mon travail, je tiens à exprimer mes remerciements les plus sincères et les plus profonds en premier lieu au bon Dieu le tout puissant pour la volonté, la patience et la santé qu'il ma donné pour suivre mes études et terminer ce travail.*

*Toute ma gratitude va vers mon encadreur de recherche, M<sup>r</sup> LAOUDJ MABROUK pour ses encouragements, ses conseils, ses remarques judicieuses, sa disponibilité et pour la qualité de son encadrement.*

*Tout comme j'exprime les mêmes sentiments de gratitude à tous les enseignants qui m'ont compté parmi leurs étudiants tout le long de ces cinq années d'étude.*

*J'exprime aussi mes meilleurs sentiments de gratitude aux honorables membres de Jury qui ont l'amabilité de supporter avec patience mon modeste et maladroite capacité à m'exprimer en public.*

*Je ne terminerai pas ce mot sans gratifier de mes vifs remerciements à toutes les personnes qui m'ont soutenu moralement et m'ont apporté un plus par leur actif, en l'occurrence, en particulier M<sup>r</sup> ATHMAN LAMRIBEN et toute sa famille.*

*En ce moment précis, toutes mes pensées vont vers mes honorables parents en reconnaissance à leur esprit de sacrifice et de dévouement ainsi qu'à leur soutien constant – moral et matériel – et ce, pour m'avoir permis de construire un avenir certain et en même temps réaliser mes rêves.*

*Comme je tiens à remercier l'ensemble du personnel de l'association ECHO des handicapés de Tazmalt, pour leur accueil et leur disponibilité et bien sur sans oublier les adultes qui ont participé à la réalisation de ce travail.*

*Merci encore et encore...*



# DÉDICACES



*En signe de respect et de reconnaissance, je dédie ce modeste travail :*

*A ceux qui m'ont légué le sang qui coule dans mes veines, mon cœur battant, qui m'ont mis au monde, mon espoir éternel, mes chères parents ANTAR & YAMINA. Que Dieu vous protège.*

*A mes chers frères BOUAZIZ & SYFAX, sans oublier WALID & AXEL.*

*A mes chers grands parents YAMINA, MANOUN, TASSAADIT, SAID et mon feu grand père BOUAZIZ.*

*A mes cousins BOUDJEMAA, HOUCIN, TAYEB & leurs épouses ZAHIA, SORAYA & SAMIA.*

*A mes cousines CHAFIA, SABIHA, KHALIDA & leurs époux BOUKHALFA, SAADI, Wahid & leurs enfants.*

*A mes oncles et tantes RACHID, RABAH, NOURDINE, BRAHIM, KHELIDJA, DOUDA, TAOUS, MALIKA, FAOUZIA & leurs familles.*

*A celles que je considère mes sœurs WISSEM, MILINA, FARIDA, NACERA, MERIEM, NASSIMA & Lydia.*

*A mes chères amies TINHINAN, KATIA, RADIA, NADJET, SONIA, BILOUH, FAIZA, WAZNA, NADJET, MAADA, ASSIA, NACERA & KAHINA.*

*A mes chers amis MAHMOUD, IDIR, NOURDINE, NOUNOU, NABIL, SAMIR & DJAMEL.*

*A l'ensemble de l'association ECHO & l'association DEFI.*

*A toutes personnes handicapées.*

*A Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail.*

*A tous ceux qui portent le nom HADDAD.*

**SOFIA**

# SOMMAIRE

Introduction générale.....	1
Problématique et hypothèse.....	4
Définition et opérationnalisation des concepts.....	7

## Partie théorique

### *CHAPITRE I*

#### *HANDICAP MOTEUR*

Introduction.....	8
1 Quelques définitions du mot handicap.....	8
2- Définition du handicapé.....	9
3- La classification du handicap.....	9
4- Définition de l'handicap moteur.....	10
5- Les causes de l'handicap moteur.....	10
6- Les signes cliniques de l'handicap moteur.....	13
7- Les types de l'handicap moteur.....	13
8- Les conséquences de l'handicap moteur.....	14
9- Programme de prise en charge.....	14
10- Les structures de prise en charge en Algérie.....	15
Conclusion .....	16

### *CHAPITRE II*

#### *LA DEPRESSION*

Introduction.....	17
1- Emergence du concept.....	17
2- Définition de la dépression.....	18
3- Les causes de la dépression.....	18
4- Les symptômes de la dépression.....	19
5- Les formes cliniques de la dépression.....	20
6- Les types de la dépression.....	22
7- Les théories de la dépression.....	23
8- Le traitement de la dépression.....	25
Conclusion.....	26

## **Partir méthodologique**

### ***CHAPITRE III***

#### ***LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE***

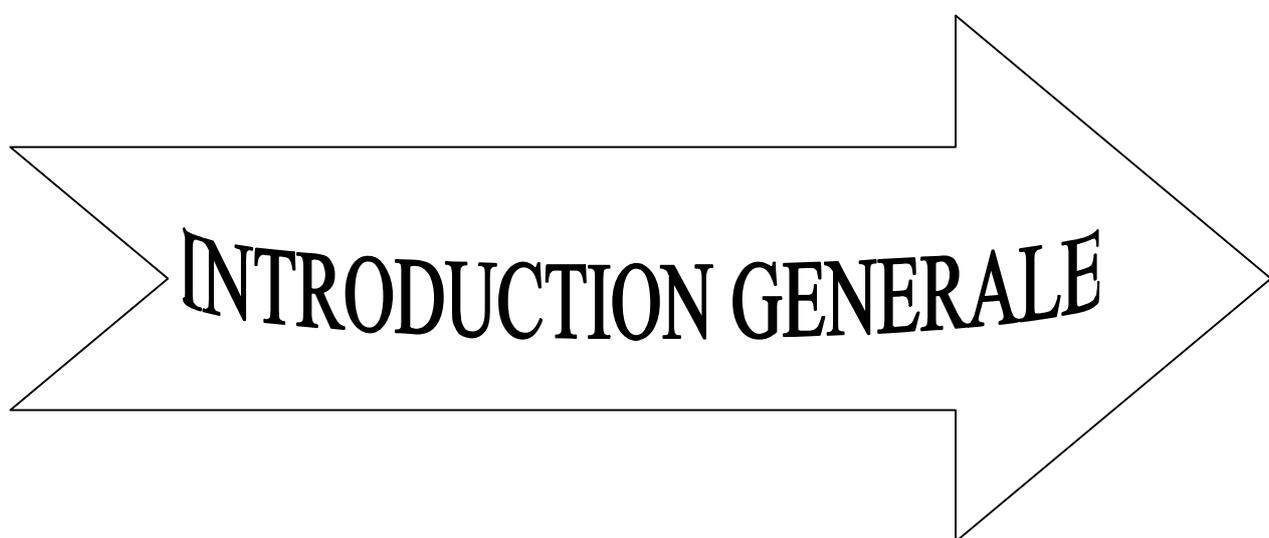
Introduction.....	27
1- Les objectifs de la recherche.....	27
2- La démarche de la recherche.....	27
3- Description de lieu de la recherche.....	28
4- La population de lieu de la recherche .....	29
5- Les techniques de la recherche.....	30
6- L'échelle de dépression de Beck.....	32
7- Les difficultés de la recherche.....	36
Conclusion.....	36

## **Partie pratique**

### ***CHAPITRE IV***

#### ***ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION DES HYPOTHESES***

Introduction.....	38
1- Présentation et analyse des entretiens et des échelles.....	38
1-1- Cas 01.....	38
1-2- Cas 02.....	43
1-3- Cas 03.....	48
1-4- Cas 04.....	53
1-5- Cas 05.....	57
1-6- Cas 06.....	62
2- Discussion des hypothèses.....	67
Conclusion de la partie pratique.....	68
Conclusion générale.....	69
Bibliographie.....	71
Liste des tableaux	
Annexe	



**INTRODUCTION GENERALE**

## Introduction

Le handicap est une situation d'une personne qui se trouve désavantagée, d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes.

L'incapacité et le manque concerne les effets de l'handicap chez l'handicapé, dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes, ce qui provoque chez lui des perturbations.

L'handicap ou l'incapacité motrice, recouvre l'ensemble de la déficience physique, qu'elle que soit sa nature (congénital ou acquise).

Le terme « Handicap » signifie en anglais « hand in cap » ce qui veut dire « la main dans le chapeau », il apparaît pour la première fois au XVI siècle en Grande Bretagne pour désigner un jeu dans lequel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placé au fond d'un chapeau. Actuellement il y a eu une évolution notable du sens de l'handicap puisqu'il n'y a plus de faute commise, mais des victimes à indemniser.

En Algérie, le nombre d'handicap moteur dépasse 16 000, cela est dû essentiellement aux accidents et aux maladies.

Les personnes handicapées sont une frange de notre société silencieuse et inconnue faisant l'objet de toute sorte de fantasmes sur la vie et la mort. Les termes fleuris de débile, invalide, etc.... sont le reflet de cette aversion marquée avec parfois une hostilité incontrôlée à minima un manque de reconnaissances sociale à leur égard.

Le handicap moteur est le plus souvent associé à la mobilité réduite. Une personne handicapée moteur présente une déficience au niveau de la motricité de ses membres. Cette personne éprouvera des difficultés à se déplacer et aura recours à un appareillage approprié pour pallier à cela. Le degré de l'handicap est variable, il dépend de la date d'apparition du handicap et de son origine, du caractère évolutif du handicap, des manifestations du handicap, de l'importance et de la nature des atteintes.

Le handicap moteur est une blessure ou une incapacité à pratiquer les gestes et les mouvements de la vie quotidienne. La personne handicapée dépend, alors, d'une autre personne et avec le temps elle a le sentiment d'être un fardeau et devient une cible facile pour une dépression.

La dépression touche tout le monde que l'on soit une personne âgée, valide, malade, handicapée ou non, mais aussi quels que soient l'âge, les origines, la catégorie socioprofessionnelle. Nous pouvons tous souffrir à un moment ou à un autre de notre vie, de dépression. Mais lorsque la dépression se rajoute au handicap ou à la maladie, la situation devient plus compliquée.

La dépression est un trouble déclenché par un évènement douloureux et pénible et/ou par une accumulation anormale de tension psychique. Il ne faut cependant pas confondre ses symptômes avec la mélancolie dépressive. Aussi, contrairement à la dépression nerveuse, la dépression se manifeste par un état fluctuant et passager et est souvent aggravé en fin de journée.

Chaque individu est confronté dans sa vie aux différents obstacles et problèmes. Chacun de nous a de différentes capacités d'agir, certains essaient de trouver une solution adéquate, alors que d'autres n'arrivent à rien faire et sombrent dans la dépression.

Les caractéristiques de la dépression sont d'une part :

**Comportementale** : tristesse, pleurs, diminution de l'intérêt, perte ou gain de poids, insomnie, hypersomnie, ralentissement psycho moteur-agitation.

**Psychologique** : dévalorisation, culpabilité, repli sur soi, désintérêt par rapport aux autres, difficultés à exprimer ses sentiments, douleur morale, plainte corporelle.

Dans le présent travail on va essayer d'identifier la qualité de la dépression des handicapés moteurs qui sont adhérents à l'association ECHO des Handicapés de la Wilaya de Bejaia.

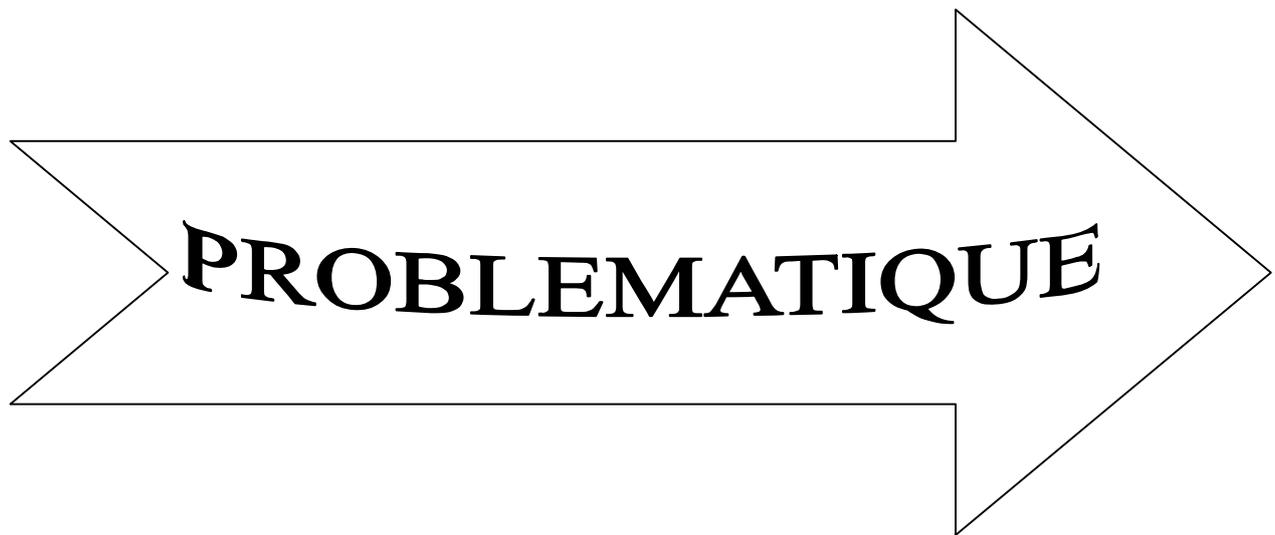
Pour atteindre notre objectif, nous avons adopté un plan de travail qui comporte les éléments suivants : un cadre général de la problématique qui comporte une problématique et des hypothèses.

Une partie théorique divisée en deux chapitres : chapitre (I) intitulé les handicapés moteurs et chapitre (II) intitulés la dépression.

Une partie méthodologique : ou nous avons abordés les éléments suivants : la méthode appliquée, la population de notre étude et les outils utilisés.

Une partie pratique divisée en deux points : le premier point est destiné à exposer et analyser les résultats et les données recueillies sur le terrain concernant les cas étudiés dans notre recherche et le deuxième point nous renvoie à une discussion des hypothèses à travers les données recueillies et analysées.

Enfin, on termine notre étude par une conclusion générale.



**PROBLEMATIQUE**

## Problématique et hypothèses :

### 1- Problématique

La vie humaine est soumise à de nombreux obstacles. Parmi les plus fréquents, nous avons les accidents, les guerres, la violence et les maladies. Ces obstacles ont des effets psychiques sur la vie d'une personne. Car ils peuvent induire un handicap physique, ou mental.

Plus de 28% des handicaps en Algérie sont héréditaires, ou dû à des atteintes congénitales, selon les conclusions de l'enquête nationale à indices multiples. Les accidents et les blessures sont également à l'origine de 16,7% des handicaps, selon l'enquête menée par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière en collaboration avec l'Office National des Statistiques (ONS), et plusieurs agences onusiennes en Algérie. L'enquête montre que 14,2% des handicaps sont dus à des maladies infectieuses, 12,5% à des effets de la vieillesse, et 7,9% à des violences psychologiques ou physiques, et 2% à des traumatismes d'accouchement. ([www.Handicapés en Algérie cause et contraintes.com](http://www.Handicapés en Algérie cause et contraintes.com)). (Juin 2013).

L'handicap moteur se définit comme une déficience spécifique des capacités fonctionnelles du corps, ce qui rend l'individu incapable de pratiquer des activités physiques de façon normale. Enfant ou adulte, porteur d'un handicap avec ou sans troubles associés, la personne handicapée est un être humain.

Alors, être un handicapé moteur c'est l'une des expériences les plus complexes dans la vie d'un individu. Car il éprouve des besoins qu'il n'arrive pas à satisfaire comme autrui. C'est-à-dire il est privé de nombreuses activités dans sa vie quotidienne. Ce qui provoque chez lui un sentiment d'incapacité et une souffrance sur le plan psychologique.

Durant notre pré-enquête on a remarqué que les personnes atteintes d'handicap moteur semblent souffrir de trouble de l'humeur, parfois des sentiments d'infériorités, sinon l'isolement, sentiment de tristesse, anxiété et peuvent même un dégoût de la vie. Tous ces facteurs représentent des symptômes qui peuvent être liés à quelque chose, qu'on peut nommer probablement dépression pour nous là en tant que chercheur chez cette catégorie de personnes.

D'après nos modestes observations cliniques sur le terrain, on a constaté que les adultes atteints d'handicap moteur manifestent quelques symptômes qui peuvent être liés à une nosologie : « dépression ». Cela peut favoriser l'émergence d'une symptomatologie dépressive, selon les critères diagnostics du DSM-IV-R (bientôt on aura sur les mains le DSM-V, 13 Mai 2013). Ce constat mérite d'être approfondi. C'est dans ce cadre problématique qu'on va guider notre travail d'investigation.

Nous avons adopté dans notre recherche la théorie cognitive-comportementale (TCC) comme arrière plan théorique, car elle donne une grande importance aux pensées, aux cognitions dans l'explication du comportement des êtres humains et dans certaines circonstances, ils aboutissent à un apprentissage émotionnel ou comportemental inadapté ou pathologique que les thérapies cognitives et comportementales visent à traiter.

C'est à partir de nos modestes observations cliniques, nous avons constatés que les personnes présentant un handicap moteur souffrent probablement d'une dépression.

On a constatés chez cette catégorie d'handicapés, un rapport direct entre le vécu de leur handicap et l'émergence d'une symptomatologie dépressive.

À la lumière de ce qu'on a évoqué ci-dessous on a soulevé la question suivante :  
Est-ce que les adultes handicapés moteurs souffrent d'une dépression?

À cet effet, pour tenter de répondre à la question du départ, nous avons formulé une hypothèse générale et une hypothèse opérationnelle, qui sont de nature à nous guider dans l'élaboration de notre travail de recherche.

## **2- Les hypothèses :**

Les adultes atteints d'handicap moteur sont touchés par une dépression.  
A ce sujet, nous indiquons que nous disposons de deux variables : variables indépendante (handicap moteur) et la variable dépendante (la dépression).

### **2-1-Hypothèse générale**

Les adultes handicapés moteurs souffrent d'une dépression.

## **2-2- Hypothèse opérationnelle**

La dépression chez les adultes handicapés moteurs est sévère.

### **Les moyens d'investigations de la recherche**

Afin de vérifier nos hypothèses, on va utiliser une méthode clinique pour mesurer le niveau de la dépression réactionnelle, chez les handicapés moteurs adultes qui sont :

- L'entretien clinique semi directif
- L'inventaire de dépression d'Aaron- T- Beck.

## Définition et opérationnalisation des concepts

### 1- L'handicap moteur :

**1-1 Définition :** Selon S. Gonzales Puell : « l'handicap moteur se traduit par une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction physiologique ou anatomique. Il peut résulter d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique des muscles ». (**S. Gonzales Puell, 2010, p 169**).

### 1-2 Opérationnalisation :

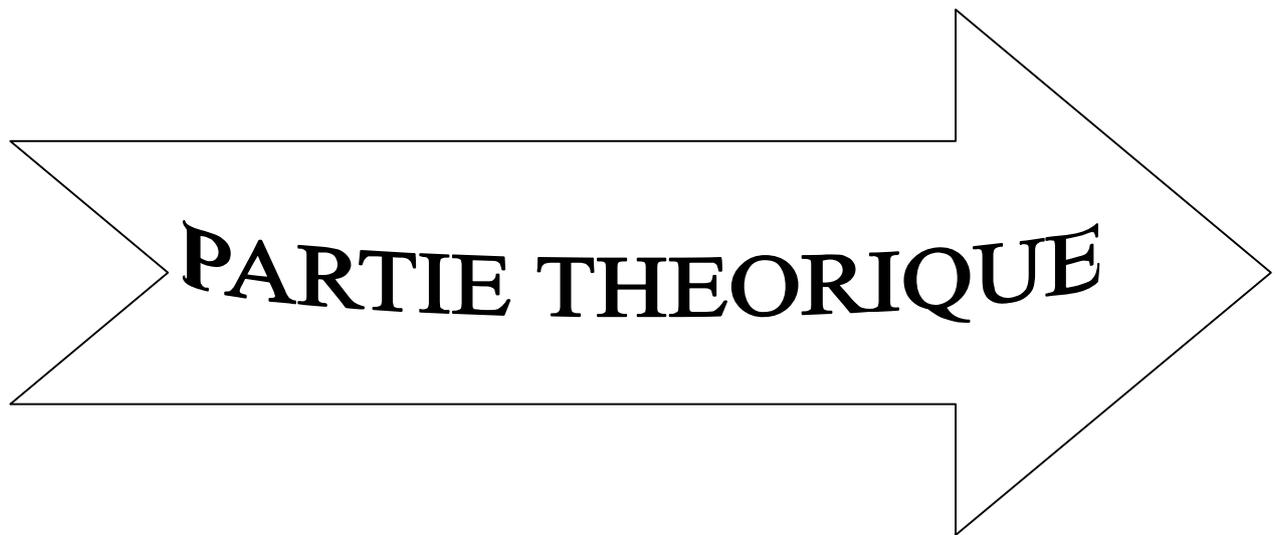
- Incapacité de marcher, malformation du squelette.
- Dysfonctionnement des membres supérieurs et inférieurs.
- La dépendance dans la réalisation des tâches.
- Une paralysie focalisée dans la partie gauche, droite ou totale du corps.
- Détérioration de l'état physique.
- Limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société.

### 2- La dépression :

**2-1 Définition :** Kacha 1999 définit de son côté les états dépressifs comme des « états caractérisés par le développement d'une tristesse profonde et durable d'un ralentissement psychomoteur auxquels s'associent des troubles instinctuels (insomnie, anorexie, troubles sexuels) et des troubles neurovégétatifs (constipation, bouche sèche ...). (**Kacha, F 1996, p. 75**).

### 2-2 Opérationnalisation :

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



**PARTIE THEORIQUE**

# **CHAPITRE I**



**L'HANDICAP MOTEUR**

## Introduction

La santé est un état de celui qui se portant bien, se sent fort et assuré. Ce concept est étroitement lié à la notion d'adaptation au point que l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) juge utile de préciser que « la santé est la pleine jouissance du bien-être social, mental et physique, et pas seulement l'absence de maladies et affection. » Lorsqu'on parle de santé, on se réfère implicitement à l'équilibre dynamique existant entre l'organisme et son milieu. L'individu capable de résoudre ses conflits (d'origine interne et externe) et de résister aux frustrations inévitables de la vie sociale est en bonne santé. Celui qui n'y parvient pas tombe malade. (**Dictionnaire de Psychologie, N. Sillamy, 2003, p 238**).

Dans ce chapitre, on commencera par la définition du handicap et de l'handicapé, on parlera aussi de la classification du handicap, on détaillera par la suite le handicap moteur. Pour ce dernier on va commencer par sa définition, ensuite on va parler de ses types, ainsi que ses causes, après on va donner les signes clinique de l'handicap moteur, et on terminera par le traitement et la prise en charge.

## 1-Quelques définitions du mot handicap

**A) Selon le dictionnaire fondamental de la psychologie** « Le handicap est une situation d'une personne qui se trouve désavantagée, d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes.

Ainsi, un déficit sensoriel visuel ou auditif est un handicap car l'enfant qui en est atteint vit et se développe dans un monde organisé matériellement et socialement par et pour des voyants et des entendants. Il en est de même des handicaps moteurs (paralysies d'origine diverse, infirmité motrice cérébrale, malformations ou amputations des membres, etc.), qui restreignent la locomotion et l'accomplissement des activités quotidiennes dans un monde organisé pour des personnes mobiles et autonomes ». (**Dictionnaire fondamental de la psychologie, Larousse 2002, p561**).

**B) L'handicap peut être caractérisé selon trois (03) axes :**

**B-1 L'axe de la déficience :** correspond à « toute perte de substance ou altération ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique, la déficience est caractérisée par des pertes de substance ou des altérations qui peuvent être provisoire ou définitive. Elle représente l'extériorisation d'un état pathologique ; elle est le reflet des

troubles manifestés au niveau d'organe, elle peut être congénitale ou acquise ». (La déficience fait référence à l'aspect lésionnel).

**B-2 L'axe de l'incapacité :** correspond à « toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérés comme normale pour un être humain ». L'incapacité, par opposition à la déficience porte sur les activités composées et intégrées ; elle concerne la personne dans son ensemble, dans la mise en œuvre d'une tâche, d'une compétence ou d'un comportement. (L'incapacité fait référence à l'aspect fonctionnel).

**B-3 L'axe de désavantage :** « Résulte pour un individu donné, d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal ». (L'aspect situationnel du handicap). (Coquet, F et Al, 2008, p101).

## 2- Définition du handicapé

Selon le dictionnaire fondamental de psychologie, le terme « se dit d'une personne atteinte d'un désavantage, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social, ce dernier étant considéré en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels » (Bloch H, et Al 2003, p421).

## 3- La classification du handicap

### 3-1- Le handicap mental :

L' handicap mental est la perte définitive des capacités intellectuelles ou affectives entraînant l'absence ou la limitation d'au moins 80% des capacités à exécuter une activité considérée comme normale, pour un être humain déterminé exclusivement par un médecin spécialiste dans l'handicap mental ou psychiatrique. (G .Zribi et D.Poupee, 2004, p197).

### 3-2- L'handicap social :

Situation de dépendance, souvent durable, générée par des facteurs sociaux, entraînant des problèmes graves généralement d'adaptation sociale.

Bien que les handicapés sociaux ou exclus ne relèvent pas théoriquement pas de la politique au handicap, un certain nombre d'entre eux, vu l'enchaînement de la difficulté multiples (personnelle, psychologique, sociale...) sont »reconnus handicapés « par les commissions de l'éducation sociale. (Ibid, p 261).

### 3-3- L'handicap sensoriel :

Traduit une atteinte plus ou moins précoce d'un ou plusieurs sens, on distingue deux des plus fréquents :

**A) L'handicap auditif :** c'est l'existence ou des pertes à des degrés variables, de l'acuité auditive dès la naissance ou au cours de la vie. La date d'apparition de la surdité, le degré de la différence, la qualité des soins et de l'éducation auront une forte influence sur l'importance du handicap, l'acquisition du langage, et l'adaptation sociale ultérieure. (**Ibid, p 186**).

**B) L'handicap visuel :** c'est l'existence ou des pertes à des degrés variables, de l'acuité visuelle, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a classé les différences visuelles en cinq (5) catégories, selon le degré de gravité : la catégorie 1 et 2 dont l'acuité visuelle varie entre 1/10 et 1/20 représentent la mal voyance, les autres correspondent à la cécité. (**N .Benhedouche, 2006, p 20**).

### 3-4- L'handicap moteur :

Il est lié à une pathologie stable ou évolutive.

Il peut être isolé ou associé à d'autres types de l'handicap sensoriels ou cognitifs. « Paralyse d'origines diverses, infirmité motrice cérébrale, malformation à l'amputation des membres, etc.) qui restreignent la locomotion et l'accomplissement des activités quotidiennes dans un monde organisé pour des personnes mobiles et autonomes ». (**Hatell, B, 2005, p421**).

## 4- Définition de l'handicap moteur

Selon L'organisation mondiale de la santé (OMS) : donne une définition abstraite sur l'handicapé moteur, mais qui recouvre bien les traits que nous venons d'évoquer « tout enfant qui pendant un laps de temps appréciable se trouve dans l'impossibilité par suite de son état moteur de participer pleinement a des activités de son âge, dans le domaine social réactif éducatif ou dans celui de son activité professionnelle. (**Chantal, 1982, p61**).

## 5- Les causes de l'handicap moteur

On peut classer les causes de l'handicap moteur selon leurs origines en deux facteurs principaux : les malformations d'origine génétique, et les facteurs non génétiques induits par le milieu de vie de l'individu.

**A) Les facteurs génétiques :** il est certain que les facteurs génétiques, déterminent en grande partie la nature définitive des fonctions du facteur, car le noyau de l'ovule fécondé contient des chromosomes portant l'information génétique, et toute anomalie chromosomique provoque des déficiences graves, en peut ajouter à ces facteurs les mariages consanguins fréquents dans notre société arabe.

**B) Les facteurs non génétiques :** ils représentent les principales causes de l'handicap moteur, notamment en pays en voie de développement.

**B-1- Les facteurs d'origine prénatale :** la grossesse représente une phase très importante pour le fœtus, car toute atteinte de la maman peut entraîner une atteinte à la santé du fœtus, et risque d'être handicapé. Parmi les maladies que touchent la femme enceinte : l'insuffisance rénale chronique, l'intoxication car cette dernière peut causer l'atteinte de l'œil ou le cœur du fœtus.

En outre la toxicomanie, l'alcoolisme, tabagisme, les troubles émotionnels (joie, peur, stress...) qui peuvent engendrer un déséquilibre hormonal par conséquent une fragilité osseuse aux facteurs.

**B-2- Les facteurs relatifs à l'accouchement :** l'accouchement est souvent accompagné de plusieurs risques, notamment l'accouchement prématuré car certains troubles peuvent augmenter le risque d'handicap. Ainsi que l'accouchement sans assistance médicale. Car les études ont montré que 92% de l'ensemble des handicapés sont nés à la maison, et 8% seulement sont nés à l'hôpital, dans la société traditionnelle. A partir de cela on peut remarquer la relation entre le lieu de naissance et l'handicap.

**B-3- Les facteurs d'origine poste natale :** dès la naissance toute personne est exposée à des facteurs induit par son milieu de vie, et qui peuvent entraîner un handicap, ce handicap est le résultat de :

- **La malnutrition :** la malnutrition est considérée l'un des plus grands problèmes de la santé mondiale. Car elle touche environ 500 millions personnes en pays en voie de développement, elle a des conséquences néfastes notamment sur les enfants.

L'organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) a montré l'importance d'une planification des besoins de l'enfant en particulier lors des cinq (5) premières années de sa vie, la malnutrition selon l'OMS peut rendre l'atteinte de l'enfant de maladie mortelle ou entraîne une invalidité allant jusqu'au handicap permanent, car 250 milles enfants perdent la vision par an, résultat d'une carence en vitamine « A » comme contribue d'autre maladies, telle que la spasticité, le manque de la vitamine « D » et du calcium dans la croissance de divers handicap.

- **La maladie :** se sont les diverses déficiences permanentes qui touche l'individu, et dans certains cas la chronicité de la maladie elle-même est handicap. Comme il y a certaines maladies (infectieuses, tumorales au traumatiques) qui touchent la maman, ou le bébé directement après l'accouchement.
- **Les accidents routiers :** ils représentent le facteur majeur de l'handicap, car ils sont responsables de 8,5% d'handicapés au monde, estimé à 30 millions ce taux est directement lié au degré de l'urbanisation, la productivité et la situation économique raison pour la quelle les pays en voie de développement en souffrent plus que d'autres.

Les accidents routiers peuvent être le résultat du non-respect du code de la route, l'excès de vitesse, le dépassement dangereux qui contribuent de 35% de l'ensemble des handicaps par jour, et ce en Algérie. En ce qui concerne les piétons, la majorité des accidents sont causés par la non-utilisation des passages pour piéton, des parcelles, l'Algérie compte 600 milles handicapés par an, soit 35% de l'ensemble d'handicaps est causé par les accidents routiers, les directions du transport ont aussi leur part de responsabilité, face à ce taux élevé d'accidents, et ce par la négligence, et les non prise des mesures adéquates pour limiter ce phénomène.

- **Les accidents du travail :** sont aussi dangereux que les autres, et contribuent d'environ 4,5% du taux d'handicap mondial. Ces accidents peuvent être résultat de la circonstance générale liée au travail, ou le résultat de négligence personnel. (Brahimi.S, Bounab.S, 2007, p 18 ,19 ,20).

## 6- Les signes cliniques de l'handicap moteur

- Un déficit moteur avec hypotonie.
- Le déficit moteur est d'intensité variable selon le degré de l'atteinte, allant d'une simple diminution de la force musculaire à une paralysie complète et flasque. Il est coté de 1 à 5.
- Absence de contraction volontaire.
- Contraction faible sans déplacement.
- Déplacement possible si l'action de la pesanteur est compensée.
- Déplacement possible contre la pesanteur.
- Déplacement possible contre la pesanteur et contre résistance.
- Force musculaire normale.
- Amyotrophie : due à la perte de l'innervation musculaire consécutive à la lésion des fibres motrices.
- Diminution ou abolition des réflexes ostéotendineux : due à l'interruption de l'arc réflexe.
- Crampes : elles peuvent être révélatrices de l'atteinte neurogène périphérique.
- Fasciculations : elles sont surtout fréquentes au cours de la moelle.
- Autres signes associés :
- Des signes sensitifs : peuvent être associés à ces signes moteurs lorsqu'il existe une atteinte concomitante des fibres sensitives.
- Des troubles trophiques et vasomoteurs ainsi que des troubles végétatifs peuvent être présents en ca d'atteinte concomitante des fibres du système nerveux autonome. (N.Danziger, S.Alamowith, p355).

## 7- Les types de l'handicap moteur

Les handicaps moteurs engendrent des déficiences aux origines très diverses, on peut les regrouper en trois catégories :

### 7-1- Déficiences motrices acquises :

Elles sont constituées par les séquelles d'accidents, ou de maladie ayant atteint la fonction motrice au cours de la vie, par exemple : les accidents de la route qui provoquent 1000 paralysés par an, dont 1/3 tétraplégique, et 2/3 paraplégique.

### 7-2- Déficiences motrices d'origine congénitale :

Elles sont dues à des maladies, aux accidents survenus pendant la grossesse, ou au cours de l'accouchement, entraînant des malformations et des destructions organiques chez l'enfant « à l'origine d'infirmité motrice cérébrale ».

### 7-3- Déficiences motrices d'origine héréditaires :

Une maladie héréditaire est due à une perturbation de l'information génétique portée par les chromosomes, et transmise par l'un ou les deux parents. (Jacqueline. G, Corine. C, 2004, P64).

## 8- Les conséquences de l'handicap moteur

- La paraplégie, paralysie des membres inférieurs et d'une partie du tronc ;
- L'hémiplégie, paralysie d'une moitié latérale du corps ;
- La tétraplégie, paralysie des membres supérieurs et inférieurs ;
- La myopathie, atrophie musculaire grave et progressive.
- La sclérose en plaques, c'est l'hypertrophie du tissu conjonctif.
- Le changement de mobilité, atteinte gestuelle et préhension surtout pour la personne en fauteuil roulant ou la relation entre son action corporelle et l'aménagement construit est modifiée, le manque d'accessibilité pour la plupart de temps.
- La méfiance que l'handicapé sentira planer autour de lui.
- Le malaise qui naît de la méconnaissance des accidents neurologiques. (B. Benrachi, 2008, P10).

## 9- Programme de prise en charge

Les difficultés rencontrées peuvent devenir telles qu'elles ne laissent aucune possibilité réelle de réintégration. Il ne s'agit plus, alors, d'orienter, d'aider, de stimuler, d'informer ou de récompenser, mais d'assurer une véritable prise en charge des personnes les plus faibles.

Le plus souvent, le secteur associatif bénévole ou religieux, a un rôle très important dans la réponse apportée aux besoins de ces personnes. Les autorités publiques, notamment locales, commencent de plus en plus à stimuler et aide ces initiative.

**Il existe plusieurs types de prise en charge :**

- Prise en charge médicale ou paramédicale pour des personnes en difficulté soit de par la nature de leurs maladies (Maladies incurables, sexuellement transmissibles, toxicomanie), soit de par leur manque de moyens.
- Prise en charge ou suivi psychologique ou psychiatrique des personnes en difficultés.
- Accompagnement complexe des personnes ayant subi des expériences traumatisantes : victimes des violences, des abus sexuels.
- Suivi des jeunes délinquants.
- Prise en charge des personnes âgées, handicapées ou à mobilité réduite.

Les solutions de prise en charge sont multiples et de nombreuses expériences ont montré leur utilité. Il convient néanmoins de rappeler la nécessité d'avoir une approche globale et des démarches coordonnées dans ce domaine. (**Conseil de l'Europe, 2001, p 42**).

**10- Les structures de prise en charge en Algérie**

**10-1- Les hôpitaux de rééducation fonctionnelle dépendant du Ministère de la Santé :** ils sont au nombre de cinq (05) pour tout le pays (2 à Alger, Annaba, Sétif, Mascara) et manquent cruellement de moyens. Prenant en charge pour la plupart des blessés médullaires (les parties internes d'un organe) et autres traumatismes graves (état générale consécutif à un ensemble des lésions physiques causées par un accident), ils n'arrivent plus à répondre à la demande devenue très important avec la réduction des transferts pour soins à l'étranger.

**10-2- Les centres Médico-pédagogiques :** les handicapés moteurs ont perdu les deux centres médico-pédagogiques, alors il ne reste que quatre (04) centres (Alger, Constantine « Daksi », Oran, Sétif), détournés de leur vocation première.

Ils se retrouvent actuellement transformés en « clinique » par la Caisse nationale de sécurité sociale (CNAS).

Certains enfants ayant connu l'école au milieu de camarades valides ont dû l'abandonner du fait de l'aggravation de leur handicap (comme les enfants myopathes) et se retrouvent aujourd'hui cloîtrés chez eux intériorisant à longueur de journée la souffrance et les difficultés des autres membres de la famille. Beaucoup d'entre eux perdent goût à la vie et se laissent mourir.

Les centres médico-pédagogiques prennent essentiellement en charge les enfants inadaptés mentaux. Gérés par le Ministère du Travail et de la Protection Sociale, ils n'obéissent pas à un programme précis et beaucoup font surtout du gardiennage et de l'occupation.

**10-3- Les foyers pour personnes âgées et handicapées :** sont des établissements publics à caractère administratif, dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ils sont placés sous la tutelle du ministre de la santé. **(B. Benrachi, 2008, p36).**

## **Conclusion**

Pour conclure ce chapitre on peut dire que l'handicap moteur est une déficience spécifique des capacités fonctionnelles du corps, qui est provoqué par une atteinte des fonctions motrices, caractérisé par ses propres causes et qui nécessite une bonne prise en charge. L'handicap moteur peut être lié à des facteurs génétiques, ou non génétiques.

# **CHAPITRE II**



**LA DEPRESSION**

## Introduction

On va commencer ce chapitre par l'émergence du concept de la dépression. Ensuite on va donner quelques définitions de la dépression, ainsi que ses causes et ses symptômes, après on va parler de ses formes cliniques, par la suite on va aborder les différents types de la dépression, de même que ses théories (biologique, cognitive et psychanalytique), et on terminera par son traitement.

### 1-Emergence du concept

L'histoire des dépressions et des troubles thymiques se fait principalement autour de trois termes : la « mélancolie » la « dépression » la « manie », terme ayant connu un sort plus chaotique.

Au cinquième siècle, Saint Jean Chrysostome parle de la « tristitia » comme effet du dérèglement et de la mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement, et à la même époque Evagre le pontique évoque l'acedia (désintérêt) qui désigne le dégoût et l'anxiété du cœur. Rien n'a changé jusqu'à 17<sup>ème</sup> siècle. La dépression perd dans la mélancolie, l'hypocondrie, les « vapeurs » (trouble nerveux), mais en 1678 à Bale, Johannes Hofer publie sa dissertation de nostalgie pour décrire un état d'anxiété, d'insomnie, d'anorexie, de désespoir de rêveries douloureuses du pays : la « nostalgie » c'est le « mal du pays » forme atténuée de souffrance dépressive. En 1733 Georges Cheyney invente le « spleen » (rate atrabilaire et amoraliste de l'humeur).

Au 19<sup>ème</sup> siècle Esquirol en 1818, reprend dans son texte sur le suicide « le spleen » et « la nostalgie » sans les considérer comme causes suffisantes, J P Falret en 1822 développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse » différente de la mélancolie, en 1869 l'apparition de la « neurochimie » établit l'existence de formes dépressives distinctes de la mélancolie.

En France Charcot utilisera largement ce concept et contribuera lui donner une assise scientifique.

Kraepelin dans son classement de 1899 évoque les formes de dépression, citées précédemment et distinctes de la mélancolie. La notion de « dépression » (non mélancolique) voit officiellement le jour. **(Pardinielli, P, 2005, p.9).**

Les successeurs de Kraepelin définiront diverses formes : dans les années 20 on note l'apparition de formes dépressives distinctes de la mélancolie.

Le DSM-IV décrira parmi les « troubles de l'humeur », « l'épisode dépressifs majeurs » qui pourra se combiner avec les différentes autres catégories de troubles de l'humeur.

Le DSM-III puis le DSM-IV en proposant une large classification qui inclut la dépression dans les troubles de l'humeur. (**Ibid. pp. 13-15**)

## **2- Définition de la dépression**

A- La dépression s'annonce par une modification globale, mais le plus souvent insidieuse, du comportement. Aussi début, le déprimé devient anxieux, réagit de manière inhabituelle à des contrariétés banales, il est sujet à de brefs accès de colère, de joie ou de pleurs. Il a des difficultés pour trouver le sommeil puis se réveille en plein nuit, habituellement entre minuit et 2 heures du matin, chez certaines, le sommeil est « haché » de rêves angoissants. Souvent, c'est seulement après plusieurs mois d'évolution, alors que le malade est en véritable situation de détresse morale, que l'entourage prend conscience de la gravité de son état. (**Dictionnaire Médical, Larousse, 2003, p.284**).

B- Il s'agit aussi d'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 ». (**Guy. B, 1993, P.48**).

## **3- Les causes de la dépression**

Sur le plan clinique, la dépression doit être envisagée comme le résultat de l'interaction, d'un ensemble de causes biologiques, organiques, psychologiques et sociale :

**3-1- Les causes biologiques :** on évoque généralement le même dysfonctionnement, que dans toutes les dépressions : déficit en épinephrine et en sérotonine. On observe également et constamment un dysfonctionnement hypothalamique entraînant une diminution de TSH de FSH. Le décalage des horloges interne provoque hypersécrétion de cortisol, et troubles de sommeil. L'efficacité de lithium sur les symptômes et sur l'évolution, est nettement en faveur de facteurs neurobiologiques. Des études d'épidémiologie génétique classique montrent une concentration familiale. Les études de transmission concernant les jumeaux monozygotes indiquent une corrélation de l'apparition de la maladie de 75%, et de 25% chez les dizygotes.

En ce qui concerne les enfants de parents présentant la maladie, le risque est en moyenne six fois plus fort que dans la population générale. (Juignet. P, 2001, pp. 338. 339).

**3-2 Les causes organiques :** toute pathologie somatique peut occasionner une dépression. Il en va particulièrement des affections du système nerveux central de certaines infections, cancers, maladies endocrinienne et maladie de systèmes. D'autre part, des états dépressifs peuvent être dus à certains traitements médicamenteux (corticoïdes au long cours notamment), ou entrer dans le cadre de certaines manifestations de sevrage à l'alcool, ou aux drogues. Enfin, la dépression est fréquente à certaines périodes de la vie de la femme (post partum, ménopause). (Besançon, 1993, p.52)

**3-3 Les causes psychologiques :** les aspects biologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux du fonctionnement humain, sont en constante interaction. Une modification de n'importe lequel de ses aspects a un impact sur les autres. Lorsqu'une personne est dépressive, elle a tendance à voir la réalité de façon plus négative, amplifie les émotions dépressives. Les interprétations négatives de la réalité, et les émotions dépressives influencent le comportement de l'individu, ce qu'en retour a un impact sur les pensées, et les émotions. Par ailleurs, la dépression se développe habituellement en réaction à un tresseur (événement problématique, situation douloureuse), dont la vulnérabilité diffère selon l'individu.

**3-4- Les causes sociales et les événements de vie :** les causes sociales tiennent une place prépondérante. Ainsi, par exemple la perte d'un proche a toujours été considérée comme un événement de vie favorisant les épisodes dépressifs. Les premières études portant sur les facteurs sociaux, en lien avec la dépression ont évalué la fréquence des épisodes dépressifs, suite au décès du conjoint. Les pertes de proches sont plus fréquentes dans la population de déprimés avant leur hospitalisation, mais les études de cohorte ultérieures, et les études contrôlées ont montré que ces différences ne sont pas significatives. L'analyse du rôle des événements de vie s'est alors portée sur les pertes de manière plus générale, qu'elle soient réelles, potentiellement stressantes ou symbolique. (Palazzolo, J., 2007, pp, 24. 26)

#### **4- Les symptômes de la dépression**

La dépression se définit surtout par ses symptômes, qui sont variés et qui se manifestent souvent, tant d'une manière psychologique qu'organique.

A ce niveau la nous décrivons en bref les symptômes les plus importants des différentes entités dépressives. Néanmoins, tous les symptômes ne doivent pas être nécessairement présents pour que la dépression soit diagnostiquée. Bien des choses dépendent de leur intensité, de leur gravité et de leur durée, toujours en rapport avec la situation clinique précise à la quelle on se réfère.

En général les symptômes de la dépression peuvent être classés en catégories de la manière suivante :

**4-1 Symptômes en rapport avec les sentiments :** chagrin, tristesse, angoisse, culpabilité, colère, hostilité, énervement, irritabilité.

**4-2 Symptômes comportementaux :** excitation, le facies est triste, la position du corps exprime le découragement, en plus ralentissement psychomoteur, pensées, discours lents, pleurs, tentatives de suicide.

**4-3 Symptômes qui sont en rapport avec les attitudes envers soi même, et l'environnement :** auto-accusation, faible estime de soi, sentiment de lassitude, de désespoir, pessimisme, idées de mort et de suicide.

**4-4 Symptômes d'affaiblissement cognitif :** diminution de l'aptitude à penser, et difficultés de concentration.

**4-5 Symptômes en rapport avec des changements organiques, et des ennuis (symptômes neurovégétatifs) :** incapacité de vivre le plaisir, diminution de l'appétit, perturbation du sommeil, perte d'énergie, épuisement, diminution du sexuel et plaintes somatiques. (Georges, k, 2004, pp, 27, 28).

## 5- Les formes cliniques de la dépression

Selon le DSM IV la section des troubles de l'humeur comprend des troubles dont la caractéristique principale est une perturbation de l'humeur. La section est divisée en trois parties. La première partie décrit les épisodes thymiques (Episode dépressif majeur, Episode maniaque, Episode mixte et Episode hypomaniaque) qui sont présentés à part, au début de cette section pour faciliter le diagnostic des différents troubles de l'humeur. Il n'existe pas de code spécifique à ces épisodes qui ne peuvent être diagnostiqués comme des entités autonomes ; cependant ce sont les éléments qui sont utilisés pour construire les diagnostics des troubles. La deuxième partie décrit les troubles de l'humeur (p. ex., Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique, Trouble dipolaire I). La présence ou l'absence d'un épisode

thymique décrit dans la première partie de la section fait partie des critères requis pour la plupart des troubles de l'humeur. La troisième partie comprend les spécifications décrivant l'épisode thymique le plus récent ou l'évolution des épisodes récurrents.

Les troubles de l'humeur sont divisés en troubles dépressifs (« dépression unipolaire »). Troubles bipolaires et deux troubles fondés sur une étiologie : trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale et trouble de l'humeur induit par une substance.

Les troubles dépressifs (c.-à-d. Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique et Trouble dépressifs non spécifié) se distinguent des troubles bipolaires par l'absence d'antécédents d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque. Les troubles bipolaires (c.-à-d. Trouble bipolaire I, Trouble bipolaire II, Trouble cyclothymique et Trouble bipolaire non spécifié) comportent la présence(ou des antécédents) d'épisodes maniaques, d'épisodes mixtes ou d'épisodes hypomaniaques accompagnés habituellement de la présence ou d'antécédents d'épisodes dépressifs majeur.

- **5-1 Le trouble dépressif majeur :** est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (c.-à-d. une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines associée à au moins quatre autres symptômes de dépression).
- **5-2 Le trouble dysthymique :** est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associée à des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif majeur.
- **5-3 Le trouble dépressifs non spécifié :** a été introduit afin de pouvoir coder des troubles de caractère dépressif qui ne répondent pas aux critères de trouble dépressif majeur, trouble dysthymique, trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou trouble de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive(ou des symptômes dépressifs pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).
- **5-4 Le trouble bipolaire I :** est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs.
- **5-5 Le trouble bipolaire II :** est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par au moins un épisode hypomaniaque.

- **5-6 Le trouble cyclothymique** : est caractérisé par de nombreuses périodes d'hypomanie ne répondant pas aux critères d'un épisode maniaque et de nombreuses périodes dépressives ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur pendant une période d'au moins deux ans.
- **5-7 Le trouble bipolaire non spécifié** : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles avec caractéristiques bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucun trouble bipolaire spécifique déjà défini dans cette section (ou des symptômes bipolaires pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).
- **5-8 Le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale** : est caractérisé par une perturbation thymique marquée persistante évaluée comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.
- **5-9 Le trouble de l'humeur induit par une substance** : est caractérisé par une modification marquée et persistante de l'humeur jugée comme étant la conséquence physiologique directe d'une substance donnant lieu à abus, d'un médicament, d'un autre traitement somatique de l'état dépressif ou de l'exposition à un toxique.
- **5-10 Le trouble de l'humeur non spécifié** : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent à aucun des troubles de l'humeur spécifique et pour lesquels il est difficile de choisir entre trouble dépressif non spécifié et trouble bipolaire non spécifié (par exemple, crise d'agitation). (DSM-IV-TR, 2000. pp399, 400).

## 6-Les types de la dépression

Il existe différents types de la dépression :

**6-1 La dépression typique, dépression atypique** : les personnes qui présentant une dépression typique, souffrent de trouble de sommeil (insomnie d'endormissement, réveil précoce...), diminution de l'appétit, la matinée la période la plus difficile à affronter de la journée. Et les personnes qui souffrent de symptômes atypiques, ils ont tendance à manger, et à dormir excessivement, la soirée et la période de la journée la plus difficile à appréhender.

**6-2 La dépression saisonnière** : caractérisée par un manque d'énergie, une grande fatigue, une nécessité supplémentaire de sommeil, et une baisse d'activité. Les symptômes

de la dépression saisonnière, font leur apparition en Octobre (parfois en Septembre), et disparaissent en générale en Avril et Mai. Le manque de lumière est considéré comme la cause de l'apparition de cette dernière.

**6-3 La dépression post-partum :** pour un bon nombre de nouvelle mère, d'éprouver un saute d'humeur après l'accouchement, se sentant heureuse et triste (pleur, irritabilité, grande fatigue, sentiment d'insatisfaction...), ses sentiments sont appelés « baby blues ». Ils disparaissent dans les dix jours qui suivant l'accouchement.

**6-4 La dépression avec symptômes psychotiques :** entraine une rupture avec la réalité, et l'apparition d'un délire, caractérisée par un ralentissement psychomoteur majeur, douleur morale, idées délirantes.

**6-5 La dépression masquée :** elle manifeste essentiellement par des symptômes attirant l'attention sur un organe bien précis. La personne atteint de ce type de dépression a tendance à exprimer davantage que les autres, sa souffrance morale, au moyenne son corps. (Palazzolo, J, 2007, p.32-35).

**6-6 La dépression réactionnelle :** elle est la plus courante, et la moins grave, elle survient chez des personnes indemnes de toute maladies psychiatriques, elle est aussi présente chez les patients anxieux, émotifs (comme le malade atteint d'une maladie chronique), hypersensible, qui ont un besoin permanent d'affection, d'encouragement et d'estime pour trouver de leur équilibre. (Kacha, F, 1996, p.66).

## 7- Les théories de la dépression

Parmi les théories de la dépression les plus fréquentes, nous avons :

### 7-1- La théorie biologique

Elle s'appuie indirectement sur l'efficacité des antidépresseurs, en particulier le rôle prévalent de la sérotonine dans leurs efficacité. La dépression correspondrait à une baisse de ce neuromédiateur corrigé par les médicaments. Cependant, il est délicat d'utiliser une logique linéaire puisque dans l'organisme la variation des taux d'un neuromédiateur entraînent, en cascade, la variation de différents autres médiateurs.

## 7-2- La théorie psychanalytique

En rapprochant, deuil et mélancolie (la dépression réactionnelle à l'époque), Freud (1915) n'envisage pas de distinguer le normal et le pathologique ; il cherche à saisir un processus psychologique. Dans le deuil il met en évidence l'existence d'une perte d'objet réelle qui conduit à l'élaboration d'un travail psychologique à long terme aboutissant à une réparation.

Dans la dépression réactionnelle, cette perte d'objet est variable ; rupture avec une personne invertie, mais aussi perte financière, perte d'un idéal, perte d'un travail. Elle comporte une identification à l'objet perdu. Elle représente, dans l'inconscient, la perte imaginaire de l'objet primitif, tutélaire, qui correspond aux premières relations maternelles de l'enfant. D'un point de vue clinique, apparaissent un désinvestissement de la réalité, un retrait de la vie habituelle, un désintérêt pour les plaisirs (anhédonie) et une tristesse pathologique.

La guérison est marquée par un réinvestissement relationnel des personnes, des intérêts et des plaisirs habituels.

## 7-3- La théorie cognitive

La théorie de Beck (1974) est la plus connue. Elle affirme qu'à l'origine de la dépression, existe un trouble cognitif, c'est à dire de la pensée. Chaque expérience est marquée par une empreinte cognitive, et des postulats « silencieux » telle les pensées, « je dois réussir » , « je doit plaire et être reconnu par les autres » Ces pensée, dans une situation de perte, sont particulièrement à l'œuvre et entraînent une distorsion des informations de l'environnement et une attribution de la perte au sujet lui-même cette distorsion de la logique de la pensée aboutit à une succession d'erreurs et à une évaluation erronée, péjorative des événements, qui alimente la pensée dépressive .

## 7-4-La théorie événementielle

Elle fait appel à la notion d'homéostasie du sujet avec le milieu, et à la notion de réaction du sujet qui, lors d'un événement, réagit pour recouvrer un nouvel équilibre satisfaisant avec, l'environnement des études ont reconnu :

- Des facteurs, représentant des événements précoces dans la vie du sujet, telle la perte d'un parent (sans personne de substitution qui serait un facteur de protection) qui le fragilise, et le rend davantage vulnérable à la dépression à l'âge adulte.

- Des facteurs précipitant, représentant des éléments environnementaux ou somatiques, des éléments précédant de quelques mois la rupture dépressive. Ce n'est pas tant pour les facteurs précipitant, leur fréquence que leur appréciation subjective avec un sentiment d'impuissance, d'injustice, aboutissant pour le sujet à une « impasse » psychologique et une impossibilité d'action, qui sont les éléments véritablement dépressogènes, comme le confirment les études avec des échelles d'événement de vie utilisées sur des grandes populations comparativement à groupes témoins non déprimés. (Ferreri, M, Ferreri, F, et Nuss, P, 2003, p., 19).

## 8-Le traitement de la dépression

**8-1- Jeffrey Nevid** dans son livre intitulé « **psychopathologie** » a proposé des traitements et une prise en charge de la dépression qu'on peut les considérer efficaces et qui sont les suivants :

- a) Les médicaments antidépresseurs (tricycliques ou inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine).
- b) Traitement psychothérapeutique : thérapie cognitive, thérapie comportementale
- c) Une combinaison d'un médicament antidépresseur et l'une des formes de psychothérapie citées
- d) D'autres formes de traitement spécifiées, y compris la photothérapie pour dépression saisonnière. Dans tous les cas, il faut établir les critères de guérison acceptables pour le patient et pour le thérapeute « Hardy Baiyle, 1998 ». (J. Nevid, 2009, P 180).

### **8-2- Traitement psychothérapeutique : « thérapie cognitivo-comportementale »**

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

La thérapie cognitivo comportementale se base sur des théories de l'apprentissage et de l'analyse des processus cognitif, elles sont centrées sur la façon de faire face aux difficultés rencontrées dans la vie quotidienne, et visent à changer des comportements par la prise de conscience et la modification des pensées considérées comme dysfonctionnelles et inadaptées. Les comportements que l'on cherche à éviter sont découpés en séquences sur lesquelles on

recherche les meilleures façons d'agir afin de modifier des enchainements qui les précédent et y conduisent.

Elles reposent essentiellement sur l'auto-observation du patient, de ses pensées et de ses comportements, sur la recherche de stratégies d'adaptation à ses réalités. Des outils peuvent éventuellement être utilisés (notation de la fréquence du comportement graphique montrant leur évolution), et la participation active du patient à la résolution des problèmes rencontrés est requise (taches et exercices à effectuer entre les séances). (**J.Cottraux, 2006, et P 58**).

## **Conclusion**

Pour conclure ce chapitre, nous démontrons que la dépression est une maladie mentale, qui est souvent accompagnée par une tristesse, un sentiment de culpabilité, des idées noires, chez les sujets souffrant d'handicap. Toutes ces pensées négatives sont tout à fait normales et semble à des moments décisifs de la vie, cela provoque un dysfonctionnement de la vie d'une personne, et nécessite une prise en charge soit psychologique, ou psychiatrique.



# **CHAPITRE III**



**PARTIE METHODOLOGIQUE**

## Introduction

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 de l'association Echo des handicapés de la Wilaya de Bejaia, du 15 janvier 2013 au 15 mai 2013.

Dans notre thème de recherche, nous avons abordés la dépression, comme étant une réaction qui accompagne chacun d'entre nous, et beaucoup plus les handicapés.

Afin d'effectué notre recherche sur les handicapés moteurs, on s'est référé a l'utilisation d'un entretien clinique semi-directif et l'échelle de dépression de Beck.

## 1- Les objectifs de la recherche

A travers notre recherche qui est « la dépression chez les handicapés moteurs adultes », on a formés les objectifs suivants :

- Mesurer le niveau de la dépression, chez les handicapés moteurs adultes.
- Déterminer la relation entre la dépression et un adulte handicapé moteur
- Comprendre et interpréter la réaction de la dépression sur un adulte handicapé moteur.

## 2- La démarche de la recherche

### 2-1 La pré-enquête :

Est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle est appelée 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. **(Cario. R, 2000, p113).**

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 afin de recueillir le maximum d'informations par rapport à notre thème de recherche, d'avoir des renseignements sur le terrain concernant la population d'étude.

Notre pré-enquête c'est dérouler au sein de l'association Echo des handicapés de la Wilaya de Bejaia, où nous avons consultés les dossiers, les anamnèses des handicapés moteurs adultes, dans le but de recueillir des informations personnelles et médicales, après on

a réalisés des contacts avec ces handicapés, ces derniers ont été l'objet de recherche, afin de justifier nos hypothèses de travail.

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.

## **2-2 La méthode clinique :**

« Historiquement, la méthode clinique est avant tout l'étude approfondie d'un cas individuel qu'il soit normal ou pathologique. Mais la méthode clinique s'applique également à l'étude des groupes (petits ou grands) étudiés dans des contextes différents ». (A.M.Lavarde, Paris, 2008, p232).

Au centre de la méthode clinique on trouve l'étude de cas qui est une démarche exploratoire ou 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 des cas sont employées en particulier par les cliniciens afin d'illustrer certains principes psychologiques à l'aide de portrait détaillé 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. (C. Tavis, C. Wade, 1999, P39).

## **3- Description de lieu de la recherche**

Notre stage pratique s'est déroulé au sein de l'association « Echo des handicapés » de la Wilaya de Bejaia, qui a vu le jour en 2009.

Elle accueille les personnes atteintes par un handicap, soit moteur, visuel, mental...etc. Dans le but de leur offrir aide et assurance selon leurs besoins. Elle contient 400 handicapés dans différents types.

**3-1 La prise en charge :** elle est assurée par une équipe pluridisciplinaire, qui est formée de :

- Un président
- Trois psychologues cliniciens
- Un psychologue orthophoniste
- Secrétaire pédagogique
- Un magasinier

**3-2 Les objectifs de l'association :**

- La création des classes spéciales pour le soutien scolaire.
- La création de moyen de prise en charge médicale.
- De multiples aides : soins, étude, chaise roulante, les béquilles...etc.
- Assurer des prises en charge psychologique.
- Création d'un centre de formation aux handicapés et leur insertion socioprofessionnelle.
- La défense et la protection des droits des handicapés.
- Suivi de la vie des handicapés au sien de leurs familles.
- Mener des campagnes d'information, de sensibilisation sur l'handicap (des conférences, séminaires).

#### **4- La population d'étude**

La population de la recherche porte sur des handicapés moteurs adultes, qui sont intégrés au sein de l'association. Cet échantillon d'étude comporte six (06) handicapés moteurs âgés de 20 à 45 ans, de sexes différents.

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

**Tableau n°1 : récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude.**

Nom	Age	Sexe	Situation familiale	Le Niveau de l'handicap	La cause de l'handicap
Tinhinan	29 ans	Féminin	Célibataire	Le pied gauche	Accident
Rabah	26 ans	Masculin	Célibataire	Le pied et la main gauche	Hyperthermie
Farida	42 ans	Féminin	Célibataire	Les deux pieds	Accident
Mahmoud	22 ans	Masculin	Célibataire	Les deux pieds	Accident
Katia	22 ans	Féminin	Célibataire	Les quatre membres	Hyperthermie
Bouaziz	22 ans	Masculin	Célibataire	Les deux pieds, la main droite	Hyperthermie

## 5- Les techniques de la recherche

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à 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 soumises à des traitements analytiques. (O Aktouf, 1987, p81).

### 5-1- L'entretien clinique :

Pour Collette Chiland, l'entretien clinique est une relation de soins où d'aide suite à la demande du patient, c'est une communication entre deux interlocuteurs. Son but est de diagnostiquer 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. (K. Chahraoui, H. Bénony, 2003, p 32).

L'entretien 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 mené en fonction du but qu'on poursuit, du cadre et notamment en réponse à la demande qui préside à l'inter vue.

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 se caractérise par l'asymétrie de la demande, le psychologue se plaçant surtout dans une position d'écoute du sujet qui vient en général 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, anamnésiques « c'est-à-dire relatifs à l'histoire de l'individu » et actuels du problème posé par le sujet. **(R. Samacher, 2005, P 381).**

Il existe trois types d'entretiens selon l'objectif recherché :

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

**A- L'entretien semi-directif :** Vu l'intérêt et la qualité des informations qu'on a recherché, on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux personnes interrogées. L'entretien semi directif se définit comme « une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu pris isolément, 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 connaître en profondeur les informations ». **(M. Engers, 1997, P144).**

Il favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse ». **(K. Chahraoui, H. Benony, 2003, P32).**

**B- Les attitudes du clinicien durant l'entretien de recherche :**

Ce genre d'entretien permet au patient une certaine liberté d'expression. Une fois la consigne est donnée, l'investigateur doit être attentif face au sujet. Il évite de parler et surtout de l'interroger au cours de ces 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 adopté un module selon les contenus de son discours. Une attitude systématiquement mettre de l'investigateur peut être aussi nuisible qu'une activité d'intervention pour certains et même pour évoquer le sentiment d'abandon chez l'autre, par contre les interventions répétées

de la part du clinicien peuvent être vécues comme intrusion, c'est pour ça que le patient doit trouver une attitude qui convient. (P. Marty, 1990, P 19).

### 5-2 Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Blanchet, 1992). Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identiques pour tous les sujets. (K. Chahraoui, H. Benony, 2000, P144).

Le guide d'entretien contient quatre 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 langues française, arabe, ou kabyle tout dépend la langue maternelle, du niveau l'instruction du sujet interrogé.

- A) Informations concernant le sujet.
- B) Informations concernant l'handicap.
- C) Informations concernant la dépression.
- D) Informations concernant l'avenir.

## 6- L'échelle de dépression de Beck

**6-1 Inventaire de dépression de Beck :** L'inventaire de dépression de Beck révisée (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, Shaw & Emery, 1979).

**6-2- 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, & Piotrowski, 1991 ; Piotrowski & Keller, 1992 ; Piotrowski, Sherry & Keller, 1985). Deux revues générales portant sur les applications et les

qualités psychométriques du BDI, utilisé auprès de populations cliniques et normales, ont montré sa grande fidélité (Beck, Steer & Garbin, 1988 ; Steer, Beck & Garrison, 1986). Par exemple, le coefficient  $\alpha$  moyen du BDI chez un échantillon de patients psychiatriques est supérieur à 80. La validité de construit et la validité concurrente du BDI ont également été mises en évidence avec d'autres mesures psychologiques (Beck & Steer, 1987). De plus, le BDI a permis de faire un diagnostic différentiel entre des patients souffrants d'une dépression et des patients psychiatriques non dépressifs (Steer & Al, 1986).

Le BDI d'origine était composé d'énoncés descriptifs typiques des symptômes fréquemment retrouvés chez les patients psychiatriques avec dépression et peu fréquent chez les patients non 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 administrée 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 était limité à quatre propositions, y compris l'option nulle et de légères modifications de formulation étaient apportées à 15 items. Différentes version 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.

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.

**6-3- Utilisation clinique :** Le BDI permet d'évaluer la sévérité de la dépression, chez des patients (adultes et adolescents à partir de 16 ans) 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 facile 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.

**6-4- 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. Cependant, 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.

**6-5- Temps de passation :** En générale, 5 à 10 minutes suffisent pour compléter le protocole. C'était 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.

**6-6- 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 donné 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 » (item 16) et « modifications de l'appétit » (item 18), pour lesquels 7 réponses sont possibles (0, 1a, 1b, 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.

**6-7- Interprétation 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'adopter 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 être 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 de mettre en évidence un degré de dépression, et non de poser un diagnostic de dépression. Seul un examen clinique permet d'établir un tel 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 pattern 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).**

### **6-8- 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 la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 21 items.

Le tableau suivant comporte des seuils établis par Beck

**Tableau2 : notes seuils au BDI-II**

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

(Ibid. P45)

### 7-Les difficultés de la recherche :

- Manque de la documentation et ouvrages traitant l'handicap moteur au sein de notre université.
- Difficultés de déplacement des handicapés moteurs, au niveau de l'association, ce qui nous a obligés de nous déplacer chez eux.

#### ➤ Les points positifs :

- Ce travail nous a permet de connaître le terrain et l'application de l'échelle de dépression de Beck.
- Il nous a permet aussi d'avoir des liens amicaux avec cette catégorie d'handicap et les membres de l'association.

### 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 le guide d'entretien qui nous ont permis de recueillir des informations escomptées.

# **CHAPITRE IV**



**PARTIE PRATIQUE**

## Introduction

Ce dernier chapitre indique la partie pratique, qui englobe les résultats qu'on a obtenus durant notre stage pratique, au sein de l'association Echo des Handicapés, wilaya de Bejaia. L'ensemble de la population trouvé était âgé de 5 à 60 ans, selon notre cadre de recherche, nous avons choisis « 06 » cas, âgés de 20 à 45 ans, pour les quels on a fait passer l'entretien clinique, et l'échelle de Beck (BDI-II). Ce travail va nous permettre d'affirmer, ou d'infirmer nos hypothèses.

## 1- Présentation et analyse des entretiens et des échelles :

### 1-1- Cas 01

#### 1-1-1- Analyse de l'entretien

##### A) Axe N° 1 : Informations concernant le sujet :

Il s'agit de M<sup>elle</sup> Tinhinan, âgée de 29 ans, célibataire, avec un niveau d'étude de 8<sup>eme</sup> année, sans travail, elle est la 4<sup>eme</sup> d'une fratrie de 6 enfants (4 filles et 2 garçons), son handicap se focalise au niveau du pied gauche, elle utilise des béquilles, elle demeure à Tazmalt.

##### B) Axe N° 2 : Informations concernant l'handicap :

L'entretien a été effectué avec M<sup>elle</sup> Tinhinan, le 12/06/2013 à 10 h 00 :

**-« Ma situation... (Silence) représente un grand manque, car je suis dans l'incapacité de marcher comme je veux, à chaque fois que j'essaye de faire quoi que se soit, il ya quelque chose qui manque en moi. Lorsque je passe dans la rue les gens me regardent d'un air triste, me traitent comme une pauvre, cela à cause de ma situation, c'est ce qui me pousse à rester à la maison. La présence des gens normaux me dérange et surtout les filles de mon âge, car la plupart sont toutes mariées, peut être avec des enfants, alors que moi non... (Larmes aux yeux) ».**

**-« Cette situation, remonte à l'âge de 5 ans, avant cet âge j'étais toute à fait normale... (Silence, puis elle regarde ses pieds) ».**

**-« L'origine de mon handicap est une chute dans un escalier, ma mère ma racontée que j'étais très dynamique, alors un jour j'étais entrain de sauter dans l'escalier d'une**

marche à une autre, je suis tombée et j'ai eu une forte fracture au niveau du pied gauche ».

-« Au début j'ai consultée plusieurs médecins, des généralistes et des spécialistes, mais sans résultats, ils me disaient juste que tu vas guérir, c'est juste une petite fracture, rien de grave, mais malheureusement ça na pas marché, ce qui ma obligée à être hospitaliser dans un hôpital à Alger, pour une période d'un an, mais comme tu vois sans aucun résultats... (Larmes aux yeux) ».

### C) Axe N°3 : Informations concernant la dépression :

Durant l'entretien M<sup>elle</sup> Tinhinan était très calme et timide.

Lors de l'entretien, M<sup>elle</sup> Tinhinan, nous à déclarée qu'elle lui arrive des fois de se sentir triste, à cause d'un traumatisme qu'elle a vécue : « **oui des fois je me sens triste, cette tristesse est dû à ce que j'ai vécu lorsque j'avais 25 ans, à cette période il y'avait quelqu'un qui voulait demander ma main, se marier avec moi, mais sa mère m'a pas accepter à cause de mon handicap, elle m'a dit : je vais te montrer aux gens, en plus tu es incapable de lui faire une maison, quand je pense à ses paroles je me sens triste, faible et ma vie sans aucun espoir** »...(Larmes aux yeux).

Elle s'est avérée qu'elle lui arrive d'être angoissée : « **quand j'essaye de faire une chose, et que je n'arrive pas, je me sens stressée, angoissée et j'ai envie de hurler à haute voie** ». Elle nous a affirmé qu'elle ne se fatigue pas : « **je ne peux pas m'arrêter, si je n'ai pas terminé ce que j'ai commencé** », car elle veut montrer qu'elle est comme les autres.

M<sup>elle</sup> Tinhinan, nous à révélée qu'elle a une tendance à s'isoler : « **j'aime rester toute seule pour pouvoir penser à ma situation** », elle souffre beaucoup de troubles du sommeil : « **j'ai peur dans le noire de la nuit, et cette peur disparaît avec le levé du soleil** », elle nous a confiée qu'elle éprouve des idées noires : « **des fois je pense à mettre fin à ma vie** ».

Durant l'entretien, elle nous a avouée qu'elle n'a jamais pensée d'une manière négative sur elle : « **pour moi je suis comme les autres** », en plus elle a déclarée qu'elle souffre de manque d'appétit : « **je ne mange pas comme d'habitude** » et qu'elle souffre des troubles d'humeurs : « **des fois je me sens bien, des fois stressée, angoissée** »

**D) Axe N°4 : Infortation sur l'avenir :**

Au cours de l'entretien, M<sup>elle</sup> Tinhinan nous révélée qu'elle a une tendance a se projetée dans l'avenir, elle a un souhait dans sa vie : « **mon souhait dans la vie, c'est d'être un membre dans cette association (ECHO) et d'apprendre aux handicapés le macramé, mais je le vois très loin** ».

**1-1-2- Analyse de l'inventaire de Beck.****Tableau N° 1, résultat cas N° 1 :**

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	2	Je suis tout le temps triste.
02	Pessimisme	1	Je me sens découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
03	Echec dans le passé	2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec.
04	Perte de plaisir	0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
05	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou j'aurais faire.
06	Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment d'être puni (e).
07	Sentiment négatif envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
08	Attitude critique envers soi	3	Je me reproche tous les malheurs qui m'arrivent.
09	Pensées ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.
11	Agitation	3	Je suis si agité (e) ou tendu (e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
12	Perte d'intérêt	3	J'ai mal à m'intéresser à quoi que se

			soit.
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
14	Dévalorisation	0	Je pense d'être quelqu'un de valable.
15	Perte d'énergie	0	J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude.
17	Irritabilité	0	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 à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
20	Fatigue	0	Je ne suis pas plus fatigué (e) que avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
<b>Score</b>		<b>31</b>	
<b>Degré de dépression</b>		<b>Sévère</b>	

L'échelle de dépression de Beck, démontre que la patiente manifeste un sentiment d'être puni, dans l'item N°( 6) « sentiment d'être puni », elle répond par le degré N° (3) « j'ai le sentiment d'être punie », elle manifeste aussi un sentiment de punition, et d'auto critique, car dans les items N°( 6), (8) la patiente répond par le degré N° (3) « j'ai le sentiment d'être puni(e). », « je me reproche tous les malheurs qui m'arrivent. »

L'affect dépressif est lié à la perte de l'amour de l'autre et la perte d'estime de soi dans les items (7) et (12) « sentiment négatif envers soi même », où elle répond par le degré N°(3) « je ne m'aime pas du tout », « j'ai du mal à m'intéresser à quoi que se soit »  
 Dans l'item N°(21) « perte d'intérêt pour le sexe. », la patiente répond par le degré N°(3), « j'ai perdu tout intérêt pour le sexe ».

Par contre nous avons constaté que la patiente n'a pas perdu son plaisir, elle a confiance en elle-même, elle éprouve autant d'énergie et moins d'irritabilité et de fatigue, car dans les items N° (4, 13, 14, 15, 17,20) elle répond par le degré N°(0).

**Conclusion :**

Suite à l'analyse des résultats de l'inventaire de dépression de Beck et de l'entretien clinique, la patiente souffre d'une dépression sévère engendrée par son handicap « pied gauche », et les obstacles rencontrés par ce handicap.

Résultat : 31 norme, 28 et plus « dépression sévère ».

## 1-2- Cas 02

### 1-2-1- Analyse de l'entretien.

#### A) Axe N° 1 : Informations concernant le sujet :

Il s'agit de M<sup>r</sup> Rabah, âgé de 26 ans, célibataire, il n'était pas scolarisé, sans travail, il est le 6<sup>ème</sup> d'une fratrie de 9 enfants (1 fille et 8 garçons), son handicap se focalise au niveau du pied, et la main gauche, il demeure à Boudjelil.

#### B) Axe N°2 : Informations concernant le handicap :

L'entretien a été effectué avec M<sup>r</sup> Rabah, le 15/06/2013 à 09 h 20 :

-« **Ma situation représente un obstacle, je sens que je suis un lourd fardeau pour ma famille, car je suis le seul qui n'a pas de travail, contrairement à mes frères, je ne suis pas jaloux d'eux, mais ce que je voulais c'est d'être comme eux. En plus de ça, à mon âge, c'est mon père ou bien quelqu'un de mes frères qui me donne de l'argent, pour acheter ce dont j'ai besoins, franchement c'est honteux, ... (Larmes aux yeux). La plus part des jeunes de mon âge se moquent de moi, ils m'appellent (l'handicapé) ça me fait très mal, mais ils ont raison et c'est la réalité, quand je pense à tout ça, je préfère mourir au lieu de vivre comme ça... (Un long souffle) ».**

-« **Ma situation d'handicap, remonte à l'âge de 4 ans, ce qui signifie qu'avant j'étais comme mes frères, mais ça n'a pas duré longtemps».**

-« **Mes parents m'ont racontés que l'origine de mon handicap, revient à une fièvre qui a atteint 40 degrés, à ce moment, ma mère m'a dit qu'elle m'avait mis dans un lit, elle m'a couvert avec plusieurs couvertures, c'est ce qu'elles font à l'époque, dans le but que la fièvre disparaisse, mais ce n'était pas le cas ».**

-« **Non, je ne suis pas hospitalisé, mais j'ai suivi un traitement pendant 15 mois, dans le but de guérir, mais ce qui ne s'est pas réaliser ».**

#### C) Axe°3 : Informations concernant la dépression :

Lors de l'entretien effectué avec le patient, il nous a révélé qu'il se sent triste et cela à cause de sa situation : « **franchement je suis tout le temps triste, et cette tristesse est dû à mon état, car je ne sers à rien** », il déclare aussi qu'il présente des troubles d'angoisse : « **le fait que je ne suis pas comme mes frères, ça me rend angoissé** ».

Notre patient nous a affirmé que pendant la journée il ne se fatigué pas, contrairement à la nuit : **« dans la journée je bouge trop, et je ne me fatigue pas, mais pendant la nuit, toute la partie gauche de mon corps me fait mal »**.

Pendant l'entretien le patient nous à déclaré qu'il a une tendance à s'isoler : **« je n'aime pas du tout les gens »**, et il se plaint des troubles de sommeil **« je dors à 01 h 00 du matin, après 04 h 00 je me réveille, et je ne peux pas du tout me rendormir »**.

Durant l'entretien M<sup>r</sup> Rabah, nous à affirmé qu'il manifeste des idées noires : **« je veux mettre fin à ma vie »**, comme il nous à révélé qu'il présente des pensées négatives sur lui-même et il a une baisse estime de soi : **« je ne suis pas comme les autres, je ne peux rien faire, je suis inutile, et c'est la vérité »**.

Lors de l'entretien M<sup>r</sup> Rabah, nous à avoué qu'il souffre de manque d'appétit : **« je mange un peut moins que d'habitude »**.

Pendant l'entretien il nous à aussi affirmé qu'il manifeste des troubles d'humeurs : **« ya des moments où je me sens un peut bien, mais la plus part du temps c'est le contraire »**.

#### **D) Axe N°4 : Information sur l'avenir :**

Lors de l'entretien notre patient nous à déclaré qu'il ne pense pas du tout à son avenir, qu'il n'attend pas que les choses s'arrangera pour lui **« aucun avenir pour moi, mon avenir il est sous le sol, et sa ne changera pas du tout »**, comme il nous à aussi révélé, qu'il n'a aucun projet.

## 1-2-2 - Analyse de l'inventaire de Beck

Tableau N°2, résultat cas N°2 :

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	2	Je suis tout le temps triste.
02	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
03	Echec dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
06	Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
07	Sentiment négatif envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
08	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
09	Pensées ou désir de suicide	2	J'aimerais me suicider.
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.
11	Agitation	1	Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	2	Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
14	Dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres.

15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude.
17	Irritabilité	1	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 à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	0	Je ne suis pas plus fatigué (e) que d'habitude.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
<b>Score</b>		<b>37</b>	
<b>Degré de dépression</b>		<b>Sévère</b>	

L'échelle de dépression de Beck, démontre que notre patient est triste, car dans l'item N°(1), il répond par le degré N°(2) « je suis tout le temps triste »

Notre patient nous a confirmé qu'il est pessimiste, dans l'item N°(2) quand il a répondu par le degré N°(3) « j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir, et qu'il ne peut qu'empirer », aussi nous déduisons son désintérêt, et sa perte de plaisir, dans l'item N°(4), il a répondu par le degré N°(3) « je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement. ».

L'affect dépressif est lié à la perte de l'amour de l'autre, à la perte d'estime de soi, cela est montré dans l'item N°(7), où il a répondu par le degré N°(3) « je ne m'aime pas du tout ». Dans l'item N°(9), notre patient nous a déclaré ses manifestations suicidaires, quand il a répondu par le degré N°(2) « j'aimerais me suicider », le suicide est le résultat d'un acculé et sans avenir.

Dans les items N° (2, 3, 4, 7,21) le patient a répondu par le degré N°(3), par contre dans les items N° (5, 6, 20), il répond par le degré N°(0).

**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 à une dépression sévère, à cause de son handicap, et les événements vécus.

Résultat : 37 norme, 28 et plus « dépression sévère ».

### 1-3- Cas 03

#### 1-3-1- Analyse de l'entretien

##### A) Axe N°1 : Informations concernant le sujet :

Il s'agit de M<sup>elle</sup> Farida, âgée de 42 ans, célibataire, avec un niveau scolaire de 6<sup>ème</sup> année primaire, sans travail, elle est la 5<sup>ème</sup> d'une fratrie de 7 enfants (3filles et 4garçon), son handicap se focalise au niveau des deux pieds, elle utilise des béquilles, elle demeure à Tazmalt.

##### B) Axe N°2 : Informations concernant l'handicap :

L'entretien à été effectué avec M<sup>elle</sup> Farida, le 17/06/2013 à 13 h 00 :

-« **Le fait de vivre avec un handicap, représente un grand obstacle...(Silence), je ne peux même pas m'occuper de mes propres besoins, je dépends toujours des autres. Cette situation m'empêche de vivre comme les autres femmes, je n'ai pas le droit, ni de me marier, ni d'avoir d'enfants... (Larmes aux yeux), d'ailleurs je ne supporte plus d'être avec des femmes qui sont en bonne santé, je ne sais pas est ce que c'est la jalousie, ou bien c'est le manque et l'incapacité dont je souffre** ».

-« **Ma situation d'handicap, remonte à l'âge de 1 an**».

-« **L'origine de mon handicap revient à un accident... (Silence), qui est commis par ma propre mère, qui ma mit sur son dos, sans m'attrapée avec ses mains, je suis tombée, j'ai eu ce handicap, vous me croyez ou pas, mais c'est la vérité, je là déteste c'est elle qui m'a mit dans cette situation bouleversante, elle est la cause de ma souffrance** ».

-« **Je me suis fait hospitalisée, à Alger, pour une période d'un an, où j'ai subis 3 opérations, mais sans aucun résultats, au contraire avant j'étais un peut mieux.**

**J'ai même consultée un psychiatre .**

##### C) Axe N°3 : Informations concernant la dépression :

Au cours de l'entretien, la patiente était influençable.

Durant l'entretien, M<sup>elle</sup> Farida nous a déclarée qu'elle est vraiment triste, et ça nous l'avons observés dans ces gestes, et ces mimiques : **« je suis triste, au point que je ne peux pas le supporter, cette tristesse est dû à mon handicap. »**

M<sup>elle</sup> Farida nous a révélée qu'elle souffre des troubles d'angoisses : **« lorsque je repense que c'est ma mère qui ma fait ça, je commence à me perturbée et à être**

**angoissée et ce qui m'inquiète le plus, c'est de voir la différence que font mes parents entre mes frères et moi, franchement ça me tue. »**

Lors de l'entretien, elle nous a aussi confirmée qu'elle se fatigué trop, soit physiquement, ou soit moralement : **« je suis fatiguée par rapport à ma situation, car c'est toujours la routine, et sans rien faire. »**

Elle nous a avouée qu'elle à une tendance à rester seule et être très loin des gens : **« je déteste les gens, ce qui ma poussée à m'isolée, ne pas fréquenter et ne pas faire confiance à personne. »**

Au moment de l'entretien, M<sup>elle</sup> Farida nous a révélée qu'elle se plaint même des troubles de sommeils : **« je me réveille plusieurs fois et je suis incapable de me rendormir. »**

Notre patiente nous a avérée qu'elle manifeste des idées noires et elle souffre de l'ennuie dans sa vie : **« ya des moments, où je pense à la mort, mais je suis incapable de le faire. »**

Durant l'entretien, M<sup>elle</sup> Farida nous a confirmée qu'elle éprouve des sentiments négatifs envers soi-même et une baisse d'estime de soi : **« je ne m'aime pas du tout. »**

À propos de son appétit, elle nous a révélée qu'elle souffre des troubles de l'appétit : **« je n'ai aucune envie de manger. »**

Pendant l'entretien, elle nous a avouée concernant son humeur, qu'elle n'est plus la même et change d'humeur d'un moment à l'autre : **« je me sens bien rarement. »**

#### **D) Axe N°4 : Information sur l'avenir :**

A la fin de l'entretien, la patiente nous a révélée qu'elle ne pense pas du tout à son avenir, et elle n'a vraiment aucun projet en tête : **« pourquoi je penserais à l'avenir, alors que moi je ne peux rien faire, aucun avenir pour moi dans cette situation. »**

## 1-3-2 -Analyse de l'inventaire de Beck

Tableau N°3, résultat cas N°3 :

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux(e) que ce n'est pas supportable.
02	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
03	Echec dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais du.
04	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais du faire.
06	Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment d'être puni
07	Sentiment négatif envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
08	Attitude critique envers soi	2	Je me reproche tous les défauts.
09	Pensées ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
13	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
14	Dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres.
15	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	3b	Je réveille une ou deux heures plus tôt, et je suis incapable de me rendormir.

17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable.
18	Modification de l'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
19	Difficulté à se concentrer	0	Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
20	Fatigue	2	Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
<b>Score</b>		<b>40</b>	
<b>Degré de dépression</b>		<b>Sévère</b>	

Notre patiente était d'une humeur triste, comme elle avait aussi une vision pessimiste par rapport à son entourage, et en soi, tout cela est dû à ses problèmes vécus, et à son état. L'échelle de dépression de Beck démontre que la patiente souffre d'une tristesse aigüe, car dans l'item N° (1) « tristesse », la patiente répond par le degré N°(3) « je suis si triste, ou malheureux(e) que je ne peux pas supporter », et dans l'item N°(2) « pessimisme », elle a répondu aussi par le degré N°(3) « j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir, et qu'il ne peut qu'empirer ».

L'affect dépressif est lié à la perte de l'amour de l'autre, et à la perte d'estime de soi, car dans l'item N°(7) « sentiments négatifs envers soi-même », la réponse de la patiente était par le degré N°(3) « je ne m'aime pas du tout ».

Nous pouvons dire que la patiente, souffre d'une douleur morale intense, elle n'a aucune envie de faire quoi que ce soit, comme elle a des difficultés à se concentrer, elle souffre aussi de l'insomnie, de l'irritabilité et de la perte de l'appétit. Dans les items N° (6, 12, 16, 17,18), la patiente répond par le degré N°(3).

D'après ce qui précède nous déduisons qu'aux items N° (3, 5, 9, 13, 15, 21), elle a répondu par le degré N°(1), et aux items N° (4, 8,10, 14, 20), la patiente a répondu par le degré N°(2), par contre aux items N° (11, 19), elle a répondu par le degré N°(0).

**Conclusion :**

Suite à l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck et de l'entretien clinique, la patiente présente une dépression sévère provoquée par son handicap, les difficultés engendré par ce dernier et la différence que font ses parents entre ses frères et elle.

Résultat : 40 norme, 28 et plus « dépression sévère ».

## 1-4- Cas 04

### 1-4-1- Analyse de l'entretien

#### A) Axe N°1 : Informations concernant le sujet :

Il s'agit de M<sup>f</sup> Mahmoud, âgé de 22 ans, célibataire, avec un niveau d'étude de 5<sup>ème</sup> année primaire, sans travail, il est le seul dans sa famille (pas de frères et sœurs), son handicap se focalise au niveau des deux pieds, il utilise un fauteuil roulant, il demeure à Tazmalt.

#### B) Axe N° 2 : Informations concernant l'handicap :

L'entretien à été effectué avec M<sup>f</sup> Mahmoud, le 25 /06/2013 à 10 h 00 :

**-« Ma situation d'handicap représente une grande différence, par rapport aux autres qui sont en état normal, je parle d'une différence physique.**

**Cette situation d'handicap, représente aussi un véritable obstacle dans le but de faire quoi que se soit, sauf de rester sur cette chaise... (Silence). Cette situation d'handicap ma empêcher de réaliser mon rêve car je voulais suivre le chemin de mon père, qui est un grossiste en matière de meubles, mais comme tu vois je suis incapable de le réaliser, du moment que je suis handicapé. »**

**-« Elle remonte à l'âge de 12 ans, à la naissance j'étais normal, ce qui signifie que je pouvais bouger, courir mais malheureusement ça n'a pas duré longtemps ».**

**-« L'origine de mon handicap revient à un accident de voiture... (Silence, puis larmes aux yeux) un jour, j'étais avec mon oncle sur la route à la maison, on a subi un accident mortel...(Silence), d'ailleurs mon oncle est mort sur place et moi je me suis retrouvé dans cette situation ».**

**-« Premièrement j'ai été hospitalisé à cause de l'accident, je suis resté 1 mois dans le coma et lorsque je me suis réveillé, je me retrouve incapable de sentir mes pieds, à cause de ce dernier, j'ai consulté des spécialistes, je me suis fait hospitalisé pour une période de 1 an à Tizi-Ouzou où j'ai subi deux opérations mais rien à changé ».**

#### C) Axe N°3 : Informations concernant la dépression :

Au début de l'entretien, M<sup>f</sup> Mahmoud nous a révélé qu'il souffre de tristesse, dans la plus part du temps : **« je me sens tout le temps triste, cette tristesse est dû à la mort de mon oncle, que je ne peux pas oublier et à ma situation d'handicap ».**

Durant l'entretien il nous a déclaré, qu'il souffre d'angoisse : **« lorsque je pense à ma situation avant l'accident et à ma situation actuelle je me sens angoissé et perturbé ».**

Au cours de l'entretien, notre patient nous a avéré qu'il se fatigue facilement : **« je suis fatigué d'être toujours sur ce fauteuil roulant, je voudrais reprendre la marche ».**

Il nous a aussi affirmé qu'il souffre de l'isolement, il préfère être seul : **« j'évite au maximum tout contact avec les gens ».**

Il nous a déclaré qu'il éprouve quelques modifications dans ses habitudes de sommeil : **« à présent, je dors un peu moins que d'habitude, mais y'a des moments où je dors tout le temps ».**

M<sup>f</sup> Mahmoud nous a avéré qu'il a des idées noires et il en a marre de sa situation : **« j'aurais préféré être mort avec mon oncle, au lieu d'être dans cette situation ».**

Comme il nous a déclaré qu'il manifeste des sentiments négatifs envers soi-même : **« je suis inutile et je suis vraiment déçu ».**

Au cours de l'entretien notre patient nous a révélé qu'il ne manque pas d'appétit et que son humeur change d'un moment à l'autre : **« il y a des moments où je suis dans un état normal, mais il y a d'autres moments où je suis faible et stressé ».**

#### **D) Axe N°4 : Information sur l'avenir :**

D'après le discours de M<sup>f</sup> Mahmoud, nous avons déduit qu'il est pessimiste et déçu face à son avenir : **« après l'accident j'étais perdu et j'ai même perdu mon avenir, je n'ai pas d'avenir, ni de projets ».**

## 1-4-2- Analyse de l'inventaire de Beck

Tableau N°4, résultat cas N°4

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	2	Je suis tout le temps triste.
02	Pessimisme	1	Je me sens découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
03	Echec dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
04	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais du faire.
06	Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment d'être puni(e).
07	Sentiment négatif envers soi-même	2	Je suis déçu(e) par moi-même.
08	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
09	Pensées ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleurs	3	Je voudrais pleurer, mais je n'en suis pas capable.
11	Agitation	1	Je me sens plus agité (e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	2	Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
14	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir

			faire grand-chose.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude.
17	Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	0	Mon appétit na pas changé.
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
20	Fatigue	2	Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	2	Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
<b>Score</b>		<b>32</b>	
<b>Degré de dépression</b>		<b>Sévère</b>	

D'après l'échelle de dépression de Beck, M<sup>r</sup> Mahmoud manifeste un sentiment de punition, dans l'item N°(6) « sentiment d'être puni », il a répondu par le degré N°(3) « j'ai le sentiment d'être puni(e), et à l'item N°(10) « pleurs », il a aussi répondu par le degré N°(3) « je voudrais pleurer, mais je n'en suis pas capable ».

D'après ce qui précède, nous déduisons qu'aux items N° (1, 4, 7, 12, 13, 15, 17, 20, 21), notre patient a répondu par le degré N°(2), et aux items N° (2, 5, 8, 9, 11, 14, 16, 19) c'était le degré N°(1).

Par contre dans l'item N°(3) « échec dans le passé » et l'item N°(18) « modification de l'appétit), le sujet a répondu par le degré N°(0).

### Conclusion

Suite à l'analyse des résultats de l'échelle de Beck et de l'entretien clinique, nous pouvons confirmer que notre patient souffre d'une dépression de type sévère qui est provoqué par un traumatisme vécu lors de la mort de son oncle et sa situation d'handicap.

Résultat : 32 norme, 28 et plus « dépression sévère. »

---

**Les réponses du patient sont traduites de la langue kabyle vers la langue française.**

## 1-5- Cas 05

### 1-5-1- Analyse de l'entretien

#### A) Axe N°1 : Informations concernant le sujet :

Il s'agit de M<sup>elle</sup> Katia, âgée de 22 ans, célibataire, elle n'a pas fait d'étude, sans travail, elle est la 6<sup>ème</sup>, et la dernière d'une fratrie de 6 enfants (2 garçons et 4 filles), elle est handicapée des quatre membres, elle utilise le fauteuil roulant, elle demeure à Tazmalt.

#### B) Axe N° 2 : Informations concernant l'handicap :

L'entretien a été effectué avec M<sup>elle</sup> Katia, le 29 /06/2013 à 14 h 00 :

-«...(Silence) **cet handicap représente une entrave dans la vie, je suis toujours dépendante des autres, pour accomplir les simples tâches de la vie quotidienne ...**  
(Larmes aux yeux).

**Franchement je me sens très dérangée à la présence de gens normaux, surtout les filles, d'ailleurs je n'aime pas du tout sortir, ou bien partir aux fêtes, pour éviter de voir ces filles qui dansent et bougent, alors que moi je suis plantée sur ce fauteuil roulant...**  
(Larmes aux yeux). »

-« **Ma situation d'handicap remonte à l'âge de 2 mois, tout en sachant qu'à ma naissance je ne présente aucuns problèmes** ».

-« **D'après ma mère l'origine de mon handicap est dû à une fièvre (plus 40°), de son côté elle ne savait pas ce qu'il fallait faire, c'est-à-dire au lieu de consulté un médecin, elle m'a laissée à la maison et elle m'a mis de l'eau froid sur le front** ».

-« **J'ai été hospitalisée, à Alger, pour une période de 1 an, mais sans aucuns résultats, je me suis orientée vers un médecin spécialiste, pour faire des séances de rééducation, dans un centre à Akbou, en utilisant des souliers spéciale, mais ça na rien changer.** »

#### C) Axe N°3 : Informations concernant la dépression :

Au cours de l'entretien la patiente était calme et timide.

Au début de l'entretien, la patiente nous a déclarée qu'elle était triste et nous pouvons le constater à partir de ses gestes, ses mimiques et ses paroles : **« je suis vraiment triste, au point que je ne peux pas le supporter, cette tristesse est dû à mon état d'handicap, où je me trouve toujours dans l'incapacité ».**

Aussi, elle nous a avérée qu'elle souffre des troubles d'angoisse : « **lorsque je me vois coincer sur ce fauteuil roulant, je me sens angoissée et incapable de faire quoi que ce soit** ».

Elle nous a révélée qu'elle se fatigué facilement que ce soit physiquement où moralement car elle ne peut pas faire grand choses : « **je me fatigue par rapport à ma situation, et j'en est marre d'être sur un fauteuil roulant, sans rien faire** ».

M<sup>elle</sup> Katia nous a déclarée qu'elle préfère être seule, pour pouvoir penser tranquillement : « **la plus part du temps j'aime rester seule, dans une chambre fermée** ».

Notre patiente, nous a confirmée qu'elle se plaint pas des troubles de sommeils : « **non j'ai noté aucun changement dans mon sommeil** ».

Au moment de l'entretien notre patiente nous a avérée qu'elle éprouve des idées noires et elle en a marre de sa situation et de sa vie : « **j'aimerais mettre fin à ma vie et à ma souffrance** ».

M<sup>elle</sup> Katia nous a déclarée, qu'elle manifeste un complexe d'infériorité et le manque d'estime de soi : « **je suis inférieure par rapport aux autres et je ne m'aime pas du tout** ».

Durant l'entretien la patiente nous a révélée qu'elle ne manque pas d'appétit : « **je mange comme d'habitude** ».

Pendant l'entretien, elle nous a déclarée qu'elle manifeste des troubles d'humeurs : « **90% de mon temps c'est le dégoût, la fatigue et le malaise et 10% où je suis bien** ».

#### **D) Axe N°4 : Information sur l'avenir :**

À la fin de l'entretien la patiente nous a avouée qu'elle ne pense pas du tout à son avenir et qu'elle n'a pas de projet : « **pas d'avenir, ni de projet pour une personne clouée sur un fauteuil roulant.** »

## 1-5-2- Analyse de l'inventaire de Beck

Tableau N°4, résultat cas N°4:

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux(e), que ce n'est pas supportable.
02	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir, et qu'il ne peut qu'empirer.
03	Echec dans le passé	2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec.
04	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
05	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
06	Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment être puni(e).
07	Sentiment négatif envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
08	Attitude critique envers soi	2	Je me reproche tous les défauts.
09	Pensées ou désir de suicide	2	J'aimerais me suicider.
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.
11	Agitation	3	Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
13	Indécision	3	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.
14	Dévalorisation	3	Je sens que je ne vaudrais absolument rien.
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.
16	Modification dans les habitudes	0	Mes habitudes de sommeil n'ont pas

	de sommeil		changé.
17	Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	0	Mon appétit na pas changé.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	2	Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
<b>Score</b>		<b>45</b>	
<b>Degré de dépression</b>		<b>Sévère</b>	

Selon l'échelle de dépression de Beck, nous déduisons que notre patiente souffre d'une tristesse aiguë, à l'item N°(1) « tristesse », elle a répondu par le degré N°(3) « je suis si triste ou si malheureux(e), que ce n'est pas supportable », comme, elle nous a aussi confirmée qu'elle est pessimiste, car à l'item N°(2) « pessimisme », elle a répondu par le degré N°(3) « j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir, et qu'il ne peut qu'empirer ».

L'affect dépressif est lié à la perte de l'estime de soi, car à l'item N°(7) « sentiments négatifs envers soi-même », elle a répondu par le degré N°(3) « je ne m'aime pas du tout ». La patiente manifeste un sentiment de punition, dans l'item N°(6) « sentiment d'être puni », elle a répondu par le degré N°(3).

L'item N°(21) « perte d'intérêt pour le sexe », notre patiente n'éprouve aucun intérêt pour la sexualité, car elle a répondu par le degré N°(3) « j'ai perdu tout intérêt pour le sexe », cette tension permanente entraine l'agitation, dans l'item N°(11), et la perte d'intérêt à l'item N°(12), où la patiente a optée pour le degré N°(3) « je suis si agité(e) ou tendu(e), que je dois continuellement bouger, ou faire quelque chose », « j'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit ».

Dans les items N° (3, 8, 9, 10, 17, 19, 20), elle a répondu par le degré N°(2), par contre aux items N° (5, 16, 18), elle a répondu par le degré N°(0)

**Conclusion**

Suite à l'analyse des résultats de l'échelle de Beck et de l'entretien clinique, il apparaît clairement que notre patiente souffre d'une dépression sévère, cette dernière est dû à des problèmes rencontrés dans sa vie quotidienne à cause de son handicap et le complexe d'infériorité.

Résultat : 45 norme, 28 et plus « dépression sévère ».

## 1-6- Cas 06

### 1-6-1- Analyse de l'entretien

#### A) Axe N°1 : Informations concernant le sujet :

Il s'agit de M<sup>f</sup> Bouaziz, âgé de 22 ans, célibataire, il n'a pas fait d'étude, sans travail, il est le 6<sup>ème</sup> et le dernier d'une fratrie de 6 enfants (4 garçons et 2 filles), son handicap se focalise au niveau de ses deux pieds et de sa main droite, il utilise le fauteuil roulant, il demeure à Chorfa.

#### B) Axe N°2 : Informations concernant l'handicap :

L'entretien a été effectué avec M<sup>f</sup> Bouaziz, le 15/06/2013 à 11 h 30 :

**-« Je vois que ma situation d'handicap représente une immense différence par rapport aux autres, ya des moments où je me demande pourquoi je suis dans cette situation, ou bien c'est que j'ai fait du mal pour mérite ça ?... (Larmes aux yeux).**

**Je suis vraiment incapable de faire quoi que ce, je me considère comme un bébé, qui ne peux pas se servir et qui attend tout de la part de sa mère. A cause de ça je suis privé d'aller à l'école et je suis obligé d'être cloué sur ce fauteuil roulant, jusqu'à ma mort... (Larme aux yeux). »**

**-« Ma situation d'handicap, remonte à l'âge de 1 an et demi».**

**-« D'après mes parents, l'origine de mon handicap revient à une fièvre qui a dépassée les 40° ».**

**-« J'ai été hospitalisé dans un hôpital à Bouira pendant 5 mois, j'ai même suivi un traitement pour une période de 1 an, mais malheureusement sans aucune amélioration ».**

#### C) Axe N°3 : Informations concernant la dépression :

Durant l'entretien notre patient, était calme.

Au début de l'entretien M<sup>f</sup> Bouaziz a déclaré qu'il souffre d'une tristesse aigüe et on a remarqué ça à travers ses paroles, et ses mimiques : **« à cause de ma situation, je souffre d'une tristesse insupportable. »**

Notre patient nous a avérés qu'il manifeste des sentiments d'angoisses, il s'énerve pour des futilités : **« c'est vraiment difficile d'être tout le temps sur un fauteuil roulant et c'est pour cette raison que je suis angoissé ».**

Lors de l'entretien le sujet nous a révélé qu'il se sent fatigué, physiquement et moralement : « **je suis fatigué de la routine et de mon état, je veux que ça change** ».

Pendant l'entretien notre patient nous a confirmé qu'il n'avait aucune tendance à s'isolé, qu'il se sent en sécurité en présence des autres : « **je n'aime pas du tout m'isolé car je déteste être seul** ».

Concernant son sommeil, il nous a déclaré qu'il présente quelques troubles de sommeil : « **je ne sais pas pourquoi, mais je ne dors pas bien ces derniers temps et je dors moins qu'avant** ».

Au cours de l'entretien le sujet nous a affirmé qu'il éprouve des idées noires : « **dans les moments de faiblesse, il m'arrive de pensé à la mort, mais je suis incapable de le faire.** »

Durant l'entretien notre patient nous a avoué ses pensées négatives : « **je suis déçu car je suis inutile contrairement aux autres** ».

A propos de son appétit, il nous a déclaré qu'il a un manque d'appétit : « **en ce moment, je mange un peu moins que d'habitude** ».

Notre patient nous a révélé que son humeur n'est plus le même : « **quand je suis entouré de gens, je me sens bien, contrairement au moment où je suis seul** ».

#### **D) Axe N°4 : Information sur l'avenir :**

À la fin de l'entretien notre patient s'est montré pessimiste à propos de son avenir : « **je n'ai pas de projets, ni d'avenir et ça va être comme ça jusqu'à la fin de mes jours** ».

## 1-6-2- Analyse de l'inventaire de Beck

Tableau N°6, résultat cas N°6 :

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux(e), que ce n'est pas supportable.
02	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
03	Echec dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
04	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
05	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
06	Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment être puni(e).
07	Sentiment négatif envers soi-même	2	Je suis déçu(e) par moi-même.
08	Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
09	Pensées ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleurs	0	Je ne pleure pas plus qu'avant.
11	Agitation	1	Je me sens plus agité(e), ou plus tendu(e) que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
14	Dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres.
15	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant.

16	Modification dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude.
17	Irritabilité	2	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	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	3	Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
<b>Score</b>		<b>31</b>	
<b>Degré de dépression</b>		<b>Sévère</b>	

D'après l'échelle de Beck, le sujet souffre d'une tristesse aiguë, comme il s'est montré pessimiste concernant son avenir, car dans l'item N°(1) « tristesse », notre patient a répondu par le degré N° (3) « je suis si triste ou malheureux (se), que ce n'est pas supportable », et dans l'item N°(2) « pessimisme » la réponse de notre patient était par le degré N°(2) « je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrange pour moi », nous constatons aussi que le sujet manifeste un sentiment de punition, qui est signalé dans l'item N°(6) « sentiment d'être puni(e) » où il a opté pour le degré N° (3) « j'ai le sentiment d'être puni(e) ».

Notant aussi dans l'item N°(20) « fatigue », ainsi que à l'item N°(21), il a répondu par le degré N°(3) « je suis trop fatigué(e) pour faire le moindre effort que je faisais avant », « j'ai perdu tout intérêt pour le sexe ».

À la lumière de ce qui précède, nous prouvons qu'aux items N° (2, 7, 13, 14,17, 19), le sujet a répondu par le degré N° (2), et aux items N° (3, 4, 9, 11, 15, 16, 18), il a répondu par le degré N°(1), par contre aux items N° (5, 8, 10, 12), il a répondu par le degré N°(0).

**Conclusion**

Suite à l'analyse des résultats de l'échelle de Beck et de l'entretien clinique, nous pouvons constater que le sujet manifeste une dépression sévère, provoqué par son état d'handicap, les difficultés engendré par ce dernier.

Résultat : 31 norme, 28 et plus « dépression sévère ».

## 2- Discussions des hypothèses

Durant notre travail de recherche, nous avons cernés des objectifs dans le but de vérifier, de mesurer le degré de la dépression, chez les handicapés moteurs adultes. Notre travail de recherche, s'est réalisé au niveau de l'association ECHO des Handicapés, « TAZMALT » Wilaya de Bejaia.

Pendant les entretiens cliniques, nous avons remarqués une souffrance psychique, par rapport à leurs incapacités motrice, cette dernière s'exprime par des larmes aux yeux, l'existence d'un état dépressif, dont la modification de l'humeur, dans le sens de la tristesse, une dévalorisation de soi même dans le sens d'une sous-estimation du corps, pessimisme, sentiment d'être puni, et perte de libido, chez la majorité des cas interrogés, mais l'intensité de ses expressions distincts, change d'un cas à un autre.

Pour pouvoir vérifier notre hypothèse sur le terrain, qui est : l'existence d'une dépression, sévère chez les adultes handicapés moteurs, nous avons effectués un entretien clinique semi-directif et nous avons demandés aux cas concernés de répondre, ou bien de remplir l'échelle de dépression de Beck

À partir de l'analyse des résultats de l'entretien semi-directif et de l'inventaire de dépression de Beck, on a obtenu les résultats suivants :

**Tableau n°1 : résultats des six cas analysés :**

Cas	Score	Degré de la dépression (Intensité)
Tinhinan	33	Sévère
Rabah	37	Sévère
Farida	40	Sévère
Mahmoud	32	Sévère
Katia	45	Sévère
Bouaziz	31	Sévère

Grâce aux résultats du tableau ci-dessus, nous pouvons constater que tout les cas analysés (6 sur 6) ont obtenus des normes qui se situent entre 28 et 63, ce qui signifie qu'ils présentent une dépression sévère (28 et plus), cela se justifie dans leurs comportements :

Ils sont tristes, pessimistes et ils souffrent de la perte d'intérêt ou de plaisir, de la fatigue, ils prouvent des sentiments de punition et d'agitation, l'insomnie, des difficultés à se concentrer, ou bien à prendre des décisions, ajoutant les pensées ou désirs suicidaires et perte d'intérêt pour la sexualité, etc.

D'après cette analyse, on constate que tous les cas étudiés présentent une dépression sévère engendrée par leur situation d'handicap, les difficultés rencontrées dans leur vie par ce dernier. Cela nous a permis de valider notre hypothèse d'investigation, qui s'expose sur l'intensité sévère de la dépression, chez les handicapés moteurs adultes de l'association ECHO des Handicapés, Wilaya de Bejaia.

#### **Conclusion de la partie pratique :**

Ce stage pratique nous a permis, premièrement de comprendre comment réalisé une analyse de l'entretien clinique de recherche, en suite la méthode d'appliquer l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II), cela nous a permis de valider d'une manière claire et bien précise notre hypothèse de départ, l'analyser objectivement sur le terrain.



**CONCLUSION GENERALE**

## Conclusion générale :

La déficience peut être comprise comme une défaillance anatomique, qui engendre une incapacité corporelle. La notion d'handicap renvoie à la notion de capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne, comme les autres membres de la communauté.

L'handicap moteur recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et inférieurs, qui se caractérise généralement par des difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre, manipuler et effectuer certains gestes.

Puisque cette situation d'handicap s'aggrave et entraîne des douleurs d'origine psychogènes, qui se manifeste par des troubles d'humeurs ou bien l'anxiété, qui sont dû à l'incapacité motrice, c'est pour cette raison que nous avons sélectionnés un thème qui touche et qui traite cette situation, qui est « la dépression chez les handicapés moteurs adultes ».

Durant les entretiens cliniques effectués avec nos cas, nous avons constatés chez eux une tristesse, des sentiments d'infériorités et de fatigue ce qui provoque chez eux une dépression.

Au cours de notre stage pratique, nous avons pu examiner et confirmé de façon claire notre hypothèse d'investigation qui suppose que les handicapés moteurs adultes présentent une dépression réactionnelle sévère et cela grâce aux outils qu'on a utilisés : l'observation clinique pour voir les comportements, les réactions des cas analysés et l'entretien clinique semi-directif, dans le but de recueillir des informations sur leurs états, enfin on a appliqué l'inventaire de dépression de Beck pour bien déterminé le degré de la dépression chez ces adultes handicapés moteurs.

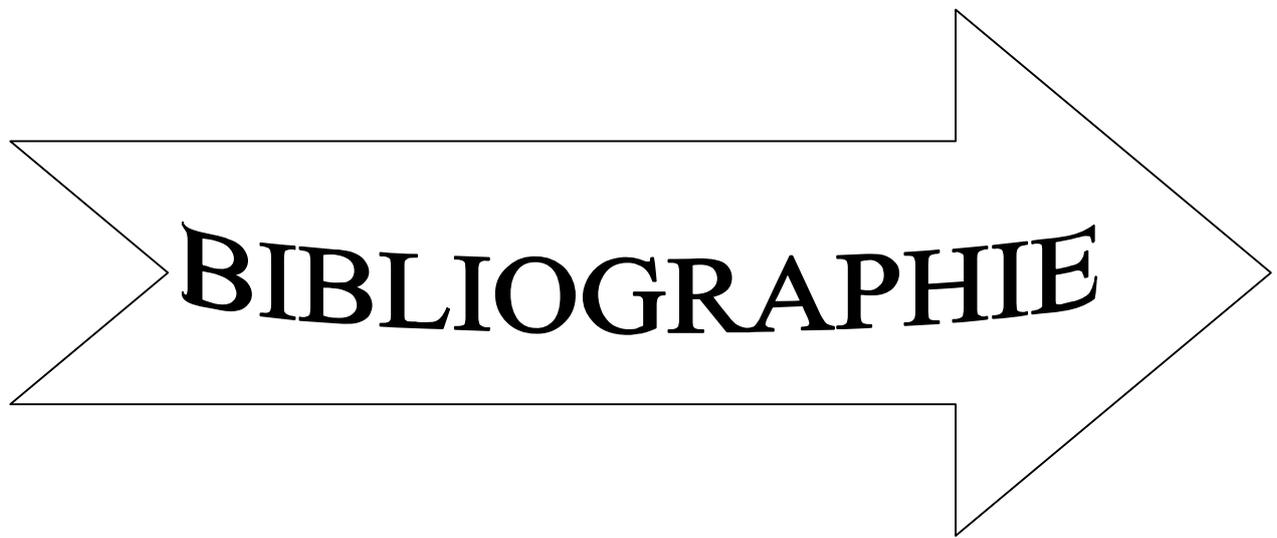
Les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés, car la recherche est menée sur des cas (étude de six cas), cela ne permet pas la généralisation des résultats.

En termes de ce travail, nous constatons que l'adulte handicapé moteur souffre d'une dépression sévère, qu'il faut savoir prendre en compte et traiter. Et que le soutien et l'aide psychologique est très important pour ce genre d'handicapés.

De ce fait nous souhaitons voir d'autres travaux et recherches qui traitent le thème de dépression chez les handicapés moteurs, prenant d'autres facteurs de risque déclenchant la dépression chez ses cas.

On reste convaincu que notre travail de recherche n'est pas encore terminé. On espère que ce modeste travail sera abordé par d'autres étudiant(e)s dans le but d'apporter des explications beaucoup plus approfondis sur des adultes handicapés moteurs. Surtout un travail qui va s'intéresser à la réinsertion sociale de ce genre d'handicape, qui pourrait concerner d'autres étudiant(e)s en psychologie clinique.

D'après ce qui précède notre travail, c'est juste une initiation pour l'étude de la dépression chez les handicapés moteurs adultes, souhaitant qu'elle soit une ouverture pour différentes études scientifiques.



**BIBLIOGRAPHIE**

# *Liste bibliographique*

## **Les ouvrages :**

- 1- Aaron T. Beck, Robert A. Steer, Gregory K. Brown « **Inventaire de dépression de Beck** », les éditions du centre de psychologie appliquée, Paris, 1998.
- 2- Angers, M « **Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines** », Dunod, Paris, 1997.
- 3- Beck, A. Rush, A et Al « **La thérapie cognitive de la dépression** », Guilford Press, New York, 1979.
- 4- Besançon, G « **Manuel de psychopathologie** », Dunod, Paris, 1993.
- 5- Bousquin, M et Braconnier, A « **Le jeune handicap et sa famille** », France, 1982.
- 6- Cario, R « **Victimologie : De l'effraction du lieu intersubjectif à la restauration sociale** », Harmattan, Paris, 2000.
- 7- Carol, T, Carole, W, « **Introduction à la psychologie : les grandes perspectives** », Boeck supérieur, 1999.
- 8- Chahraoui, K, Herve, B « **Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique** », Dunod, Paris, 2003.
- 9- Cottraux, J « **Les thérapies comportementales et cognitives** », Masson, Paris, 2006.
- 10- George, K « **La dépression, approche cognitive et comportementale** », L'Harmattan, 2004.
- 11- Jacqueline, G. Corine, C « **Diplôme d'état auxiliaire de vie sociale** », Elsevier Masson, 2004.
- 12- Jeffry, N. S pencer R etBeverly G "**Psychopathologie**", Pearson education, France, 2009.
- 13- Kacha, F « **psychiatrie et psychologie médicale** », Boxer-Alger: Entreprise nationale de livre, 1996.
- 14- Lavarde A-M « **Guide méthodologique de la recherche en psychologie** », de Boeck, Paris, 2008.
- 15- Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, DSM-IV-TR, Paris, 2000.
- 16- Marty, P « **La psychosomatique de l'adulte** », que sais-je, Paris, 1990.

17- Maurice, F. Florian, F et Philippe N, « **La dépression au féminin** », John libbey Eurotext, 2003.

18- Michelle, G. Catherine, T« **Handicap et développement psychologique** », Colin, Paris, 2002.

19- Nicolas, D. Sonia, A « **Neurologie** », Estem et Med Lin, Paris, 2003.

20- Pallazzolo, J« **Dépression et anxiété** », Elsevier Masson, 2007.

21- Pedinielli, P« **Les états dépressifs** », Armand Colin, 2005.

22- Robert, S « **Psychologie Clinique et Psychopathologie** », Bréal, Paris, 2005.

23- Sammuel, G P« **Comprendre les déficiences intellectuelles sévères et profondes** », L'Harmattan, 2012.

## **Dictionnaire :**

1- Antoine, C, Delesalle T « **Dictionnaire médicale** », Larousse, 2003.

2- Dictionnaire fondamentale de la psychologie, sous la direction de : H Bloch, E Depret, A Gallo, PH Garnier, M D Gineste, P Leconte, J F Leny, J Postel, M Reuchlin, Larousse, France, 2002.

3- Gerard, Z, Dominique, P fontaine, « **Dictionnaire du handicap** », école Nationale de la santé public, 2004.

4- Nobert, S, « **Dictionnaire de psychologie** », Larousse VUEF, 2003.

## **Reuves et articles :**

1- Benhedouche, N, revue de CIDDF, centre d'information et documentation sur le droit de l'enfant et de la famille, 2006.

2- Conseil de l'Europe, service de proximité dans les zones urbaines défavorisées et dans les zones A : faible densité de pop, council of Europ, 2001.

## **Thèse et mémoire :**

1- La place des handicapés moteurs dans les habitations collectives en Algérie exemple d'étude : la ville nouvelle de ALI MENDJELI- CONSTANTINE, sous la direction du docteur : Mme BENRACHI, B. Soutenue le : 15/01/2008.

2- Mémoire de fin de cycle : L'attitude de l'handicapé moteur vis-à-vis de la formation professionnelle, 2007. BRAHMI S, BOUNAB S.

## **Site internet :**

1- Site : [www.Handicapés en Algérie cause et contraintes.com](http://www.Handicapés en Algérie cause et contraintes.com). Le 09/06/2013 0 19h54.

## La liste des tableaux

Tableau N° 1 : Récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude.....	30
Tableau N° 2 : Notes seuils au BDI-II.....	36
Tableau N° 1 : Résultats du cas n°1.....	40
Tableau N° 2 : Résultats du cas n° 2.....	45
Tableau N° 3 : Résultats du cas n° 3.....	50
Tableau N° 4 : Résultats du cas n° 4.....	55
Tableau N° 5 : Résultats du cas n° 5.....	59
Tableau N° 6 : Résultats du cas n° 6.....	64
Tableau N° 1 : Résultats des six cas analysés.....	67



**ANNEXES**

**Guide d'entretien****AXE-N°-1- Informations concernant le sujet :**

Prénom

Age

Niveau d'étude

Situation matrimoniale

Nombre de frères et sœurs

Lieu de résidence

**AXE-N°-2- Informations concernant l'handicap :**

Que représente pour vous l' handicap ?

Depuis quand vous êtes dans cette situation ?

Qu'il est l'origine de votre handicap ?

Est-ce que vous étiez hospitalisé à cause de cet handicap ?

**AXE-N°-3- Informations concernant la dépression :**

Est-ce qu'il vous arrive à vous sentir triste ?

Est-ce qu'il vous arrive à être angoissé ?

Est-ce que vous sentez souvent fatiguer ?

Avez-vous tendance à vous isolé ?

Avez-vous des troubles de sommeil ?

Avez-vous des idées noires ?

Avez-vous pensé déjà d'une manière négative sur vous-même ?

Est-ce que vous manquez d'appétit ?

Est-ce que votre humeur n'est plus la même ?

**AXE-4- Information sur l'avenir :**

Comment envisager-vous votre avenir professionnel ?

Quels sont vos projets sociaux ?

## Annexe B

### Inventaire de dépression de Beck révisé (BDI-II)

Nom----- situation de famille----- marié(e)  vivant  
maritalement  
  
 Divorcé(e)  veuf  
  
 Séparé(e)   
célibataire  
  
Age----- 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 êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien 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).

#### 1 Tristesse

0 Je ne me sens pas triste

1 Je me sens très souvent triste

2 Je suis tout le temps triste

3 Je suis si triste ou si malheureux (e) que ce n'est pas supportable.

#### 2 Pessimisme

0 Je ne suis pas découragé (e) face à mon avenir

1 Je me sens découragé (e) qu'avant face a mon avenir

2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi

3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer

### **3 Echec dans le passé**

0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un (e) raté (e)

1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais du.

2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec

3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

### **4 pertes de plaisir**

0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent

1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant

2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement

3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient

### **5 Sentiments de culpabilité**

0 Je ne me sens pas particulièrement coupable

1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais du faire

2 Je me sens coupable la plupart du temps

3 Je me sens tout le temps coupable

### **6 Sentiment d'être puni (e)**

0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni (e)

1 Je sens que je pourrais être puni (e)

2 Je m'attends à être puni (e)

3 J'ai le sentiment d'être puni (e)

### **7 Sentiments négatifs envers soi-même**

0 mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé

1 j'ai perdu confiance en moi

2 je suis déçu (e) par moi-même

3 je ne m'aime pas du tout

### **8 Attitude critique envers soi**

0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude

1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais

2 Je me reproche tous les défauts

3 Je me reproche tous les malheurs qui m'arrivent

### **9 Pensées ou désirs de suicide**

0 Je ne pense pas du tout à me suicider

1 Il m'arrive de penser de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas

2 J'aimerais me suicider

3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

### **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 d'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 Pertes 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 soit.

## **16 Modification 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 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 Modification de l'appétit**

0 Mon appétit na 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