

République Algérienne Démocratique et Populaire

Université Abderrahmane mira de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales



PROJET DE FIN DE CYCLE

Pour l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychopathologie et Psychosomatique

Thème

**La dépression chez les personnes hospitalisées
atteintes d'ulcère gastrique**

Etude de quatre (04) cas réalisée à l'Hôpital d'Amizour

Réalisé par :

ZATOUT Karima

ZENATI Massilva Nadjat

Encadré par :

Mr Rachid BELBAISSAI

Année universitaire 2017-2018

SOMMAIRE

Remerciements

Dédicaces

Introduction	1
Problématique et hypothèses	3
Opérationnalisation des concepts	9

LA PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : dépression

Préambule	11
I. Définition de la dépression	11
II. Les symptômes physiques et psychologiques de la dépression	12
III. Les approches cliniques (tcc , biologie).....	18
IV. Les troubles de l'humeur selon le DSM IV	22
V. Les Formes de la dépression	23
VI. L'éthiopathogenèse de la dépression	28
VII. Les idées suicidaires et le suicide	29
VIII. La dépression et pathologie somatiques.....	31
IX. Prise en charge et traitement médicamenteux	31
Conclusion	36

Chapitre II : L'ulcère gastrique

Préambule	37.
1. Qu'est ce que l'ulcère	37
2. Qu'est ce que l'ulcération	37
3. Qu'est ce que la gastrite	37
I. Epidémiologie	38
II. Ulcère duodéal et ulcère gastrique : la différence	38
III. Les causes de l'UGD.....	38
IV. Symptômes et signes de l'UGD.....	40
V. Diagnostic et évolution de l'UGD	41
VI. Diagnostic différentiel.....	43
VII. Complications possibles.....	44
VIII. Traitement des UGD non compliqués.....	46

IX. Traitement des UGD compliqués.....	48
X. Définition de la Gastrite.....	49
Conclusion.....	54

Chapitre III : L'hospitalisation

Préambule	55
I. Définition de l'hôpital	55
II. Définition de l'hospitalisation	55
III. Le vécu de l'hospitalisation	56
IV. La réaction du malade a l'hospitalisation.....	56
V. Le déroulement de la consultation d'annonce de la maladie grave.....	57
VI. La consultation psychosomatique : dimension de la parole du patient.....	59
Conclusion.....	60

LA PARTIE PRATIQUE

Chapitre IV : la méthodologie de la recherche

Préambule.....	63
I. La démarche de la recherche.....	63
1.1 Le déroulement de La pré-enquête.....	63
1.2 La méthode adoptée	63
II. Le groupe d'étude	64
III. La description du lieu de la recherche	64
IV. Le déroulement de la recherche	66
4.1 Le guide d'entretien	66
4.2 Echelle de Beck	68
Conclusion	69

Chapitre V : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses.

Préambule	77
I. La présentation des cas et l'analyse des résultats.....	77
II. Discussion des hypothèses	92
La conclusion générale.....	94
La liste bibliographique.....	95
Les annexes.....	

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans le bon dieu qui on tient à remercier profondément pour nous avoir donné la force, le courage, la volonté et la patience pour réaliser ce travail.

Nous tenons à exprimer toute notre gratitude et notre profond respect a notre encadreur M.BELBSAI RACHID pour son accompagnement, ses remarques judicieuses et sa disponibilité à encadrer ce travail.

Nos remerciements vont aussi aux membres de jury d'avoir accepté de faire part de notre soutenance et d'avoir consacré le temps qu'il fallait pour lire, corriger et Évaluer notre modeste travail.

On tient encore à remercier l'ensemble du personnel du service médecine interne de l'hôpital d'Amizour pour nous avoir soutenu et guidé.

Enfin, Nous tenons à exprimer toute notre gratitude et notre Profond respect aux patients qui ont étaient compréhensifs et ont participé a notre recherche et a qui nous souhaitons la guérison et le bien être, car sans eux le travail ne sera pas fait.

Dédicaces

Au terme de toutes ces années d'étude, je dédie ce modeste travail en signe de respect et de remerciement :

A mes très chers parents, qui m'ont donné la vie, la foi et l'amour, qui ont toujours étaient présents pour me soutenir. A mon papa, par fierté de ce mot que je lui dédie principalement ce travail, a chacune de mes réussites je vois briller ses yeux. A ma maman qui me soutien et me guide vers le bon chemin.

Hommage a mes très chers frères YANIS et REDHA qu'ALLAH vous accueille dans son vaste paradis.

A mes frères : DIDINE et TAMI qui sont toujours présent pour m'aider

A ma petite sœur TOUNES et FATMA, qui est une partie de moi, une grande sœur et une amie qui a toujours était la présente pour me conseiller me soutenir et m'encourager.

A mon petit neveux; MOHAMED REDHA qui me donne le sourire et la joie.

A tous mes cousins et cousines en particulier AMINA, d'être toujours la pour moi pour m'aider et me consoler.

A mes oncles et mes tantes.

A mon amie KENZA.

A tous ceux qui m'ont soutenu et qui ont été présent pour moi.

MASSILVA NADJET

Dédicaces

*Dieu le tout puissant m'a accordé la force et le courage pour la réalisation de ce
modeste travail que je dédie :*

*En premier lieu a ceux qui m'ont mis au monde et m'ont donné suffisamment
d'amour et m'ont toujours encouragé, mes parents chéris, Elhachemi et Eldjida
que dieux me les garde inchallah.*

*A mon cher grand-père que j'aime beaucoup, que dieu l'accueille dans son vaste
Paradis, qui a tellement voulu être présent aujourd'hui et me voir réussir.*

*A mes chères grandes mères Imma Malika et Imma Mamah qui remplissent ma
vie de joie avec leurs bénédictions et leurs invocations.*

A mes frères adorés Noureddine et Adel

A ma petite sœur aimée Lydia

A mes oncles, et tantes

A tout mes cousins et cousines et spécialement mon petit cousin chéri Karim

A mon amie d'enfance Werda qui m'a tout le temps aidé et soutenu

A mon amie et binôme Nadjat et a sa famille

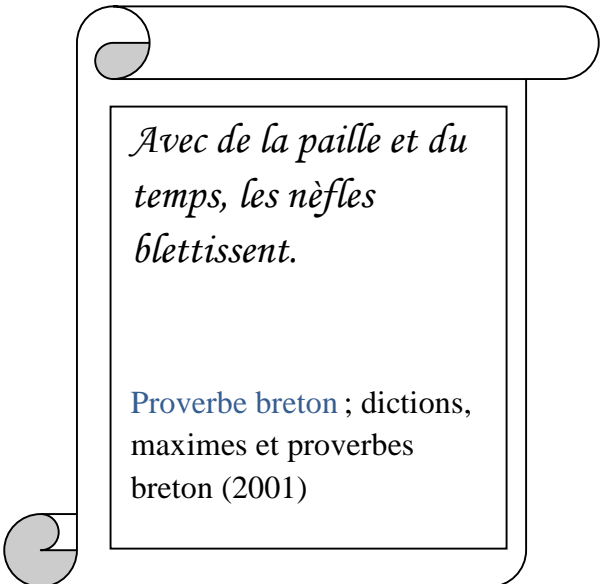
A mes collègues de travail Halim et Hamza et tout ceux

Qui étaient tout le temps là pour m'aider

KARIMA



Introduction



*Avec de la paille et du
temps, les nêfles
blettissent.*

Proverbe breton ; dictions,
maximes et proverbes
breton (2001)

Introduction

Introduction

Toutes les victoires de la médecine contemporaine les nouvelles techniques d'exploration du corps (scanner, résonance magnétique nucléaire, etc.) ne peuvent pas rendre heureuses les personnes malades. Aujourd'hui, plus que jamais, la santé apparaît comme une condition nécessaire pour réussir sa vie. Pourtant, malgré les progrès considérables de la médecine, les maladies, continuent à frapper sans relâche.

Parmi les maladies chroniques et a risque grave de notre temps actuel, on cite l'ulcère gastrique qui est notre thème de recherche, cette maladie est due à une bactérie connue sous le nom de *Helicobacter pylori*. Ce micro-organisme est fréquemment contracté par la bouche, or il est capable de survivre à l'acidité présente dans le tube digestif.

La prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens ou AINS. La combinaison entre une infection avec la bactérie *H. Pylori* et la prise d'anti-inflammatoires augmente le risque qui est 60 fois plus grand. Dans une moindre mesure, les ulcères peuvent être créés par une production excessive d'acide par l'estomac due à des facteurs comme le tabagisme, l'alcool, le stress ou une prédisposition génétiques.

Le traitement principal de cette maladie est médical, mais aussi chirurgical indiqué lorsqu'il ya des complications comme l'hémorragie et la perforation.

Ces complications induisent en urgence une hospitalisation, celle-ci présentée comme une rupture dans la vie du sujet qui perd ses dimensions identitaires au profit des dimensions médicales.

Ces complications incrustent chez le sujet, le stress et le mal être. Cette maladie gastrique a aussi un impacte sur le coté psychologique du sujet, ainsi on cite la dépression qui est un trouble déclenché par un évènement douloureux et pénible et/ou par une accumulation anormale de tension psychique.

Le sujet ressent une tristesse extrême pendant une longue période. Cette sensation est souvent assez grave pour gêner sa vie quotidienne. Elle peut durer pendant des semaines ou des mois et non pas seulement quelques jours.

Introduction

La dépression affecte les personnes de nombreuses façons différentes et peut entraîner une grande diversité de symptômes physiques, psychologiques (mentaux) et sociaux. Pour l'amélioration de l'état du sujet une association entre la prise en charge médicale et un accompagnement psychologique efficace est nécessaire.

Dans le présent travail, on va essayer de connaître l'impact psychologique des sujets atteints de la maladie de l'ulcère gastrique, plus précisément la dépression. Cela en raison de la vulnérabilité du patient, de leurs idées négatives, leur tristesse persistante, la perte d'intérêt et d'espoir de la vie.

Dans notre étude portée sur le thème « la dépression chez les personnes hospitalisées atteintes de l'ulcère gastrique » nous nous sommes rapprochés de l'établissement public hospitalier « Ben Merad El Meki d'AMIZOUR », et plus précisément dans le service de « la médecine interne », pour effectuer un stage pratique dans le but d'enrichir notre recherche.

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 trois chapitres : chapitre (I) intitulé la dépression, chapitre (II) intitulés ulcère gastrique. et chapitre (III) intitulé hospitalisation

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 recherche par une conclusion générale.



Problématique

Problématique

Problématique

L'être humain est confronté à des situations qui peuvent l'affecter ; que sa soit dans son vécu qui prend de l'ampleur en mettant en marge quelques facteurs complexes à résoudre et à supporter ou dans des situations autres que personnelles, intervenants de façon soudaine et qui demeurent fortes et moins acceptables pour le sujet.

Ce dernier, ayant sa propre structure utilise des mécanismes de défenses qui peuvent toutefois l'aider à affronter et à surmonter les épreuves difficiles de la vie. D'autres dont la structure est moins organisée n'arrivent pas à dépasser ces épreuves qui leur sont si complexes et si pesantes.

Chaque sujet a sa propre structure, son propre caractère et sa propre personnalité, de différentes hypothèses peuvent être proposées pour conceptualiser les liens entre personnalité et dépression. La première hypothèse est celle de la coexistence de ces aspects du fait du hasard. Cependant il semble plus probable que certaines caractéristiques de personnalité prédisposent à la survenue de troubles dépressifs : il s'agit d'une hypothèse classiquement évoquée dans la littérature psychologique et psychanalytique à travers la notion de « structure » de personnalité. La troisième hypothèse, plus récente, est que la dépression modifie la personnalité. Les traits de personnalité seraient alors des traits post-morbides.

Enfin, personnalité et dépression pourraient constituer l'expression d'un même processus pathologique sous-jacent.

La prévalence de la dépression majeure est de deux à trois fois plus élevée chez les personnes atteintes de maladies chroniques, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer, l'arthrite et les troubles respiratoires, que chez celles en bonne santé. De nombreuses études montrent que la dépression constitue à la fois un facteur de risque de maladies chroniques et une cause d'aggravation de la détresse psychologique et des incapacités, de complications, de détérioration de la qualité de vie et de mortalité. Cette relation est bidirectionnelle. La maladie chronique peut aussi entraîner ou aggraver un épisode de dépression majeure, particulièrement en présence d'incapacités. Cette relation bidirectionnelle s'observe également dans les troubles anxieux. Le chevauchement fréquent entre l'anxiété, la dépression et les maladies chroniques justifie que l'on s'y intéresse dans une perspective

Problématique

intégrée. Bien que nous ne connaissions pas encore tous les mécanismes physiopathologiques associés à cette relation, la détection de l'anxiété et de la dépression ainsi que le traitement de ces entités pourraient avoir un effet bénéfique sur l'incidence et l'évolution des maladies chroniques.¹

Toute fois le dysfonctionnement d'un organe ou une altération dans le corps qui évoluent dans le temps peut éteindre le sujet ; mais surtout la maladie persistante, chronique et douloureuses le fragilise et peut nuire a sa santé mentale qui sera suivie de chocs émotionnels, stress, angoisse, contrariétés...etc.

Certaines de ces altérations qualifiées de maladies « psychosomatiques» sont fortement influencés par des facteurs psychologiques et de situations de détresse morale ; aussi qu'a des problèmes et dangers divers qui peuvent accentuer l'affection du corps somatique ; résultant de cela des cancers ; des ulcères (gastriques) ; des maladies du colon...etc.

La présence de troubles somatiques augmente le risque de troubles psychiatriques, essentiellement des troubles anxieux et dépressifs mais aussi des troubles psycho-organiques incluant les atteintes cognitives et les symptômes psychotiques. La comorbidité dépression et pathologies somatiques serait sous la dépendance de multiples facteurs. Sa fréquence augmente avec l'âge du sujet. Elle concerne principalement les patients hospitalisés.

L'hôpital, établissement de soins où un personnel soignant peut prendre en charge des personnes malades ou victimes de traumatisme trop complexes pour être traité a domicile². Ces derniers, égarés dans leurs vies personnelles ; en plus de leur affection somatique engendrant des modifications dans le rythme de leurs vies, leur degré d'attachement, leur propre histoire de vie personnelle et professionnelle. Les liens familiaux et sociaux viennent soutenir ou faire défaut dans le processus d'adaptation individuelle. (Pascal,T.W, 2008, p1)

Des études ont cherché à montrer un lien avec le développement de pathologies organiques chez les sujets dépressifs. Ce risque existerait après élimination d'association d'autres facteurs prédisposant tels que le sexe, l'âge, le poids, les hospitalisations, les addictions, les traitements antidépresseurs. Seraient concernées des pathologies telles que le diabète non insulino-dépendant, les pathologies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, les

¹ Hayes, M, Roberge, *DÉTECTER ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION POUR LE MIEUX-ÊTRE DES PERSONNES ; quebec, ellipses P, 2014, p.49*

² <https://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%B4pital> le 01/05/2018 à 15h00

Problématique

affections douloureuses chroniques et, dans le cadre d'une dépression chronique, les pathologies tumorales. Les troubles de la personnalité pourraient participer à cette potentialité prédictive.

A l'inverse, les patients atteints de maladies organiques chroniques présentent des épisodes dépressifs majeurs avec une plus grande fréquence que les sujets sains. Une dépression ne doit pas être minimisée dans un contexte de pathologies organiques, afin de permettre l'adaptation d'une prise en charge précoce, l'évaluation régulière et ainsi la prévention du risque suicidaire. Ce dernier sera particulièrement recherché chez les personnes âgées et chez les sujets atteints d'une maladie somatique chronique grave. (Peretti, C.S. 2013, P132)

Après un rappel de quelques généralités, nous présenterons des données médicales sur la maladie somatique que nous avons traitée dans notre recherche qui est l'ulcère gastrique

- L'ulcère gastroduodéal est une lésion, située sur la muqueuse digestive qui est au contact avec les sécrétions acides gastriques, localisée à l'estomac ou au duodénum. Ce même type d'ulcère peut être retrouvé sur la muqueuse de l'œsophage. La principale cause de l'ulcère gastroduodéal est :

La bactérie *Helicobacter pylori* (HP) qui colonise la muqueuse gastrique entraînant une gastrite chronique et évoluant vers l'atrophie. HP est un facteur favorisant de l'ulcère selon des mécanismes différents suivant qu'il s'agit d'un ulcère duodéal ou gastrique, Le symptôme majeur de l'ulcère gastroduodéal est une douleur semblable à une crampe ou à une brûlure, qui peut être très intense. Située dans l'épigastre (partie haute de l'abdomen), Brûlures et douleurs pressantes sous le sternum : en cas d'ulcère gastrique ces douleurs surviennent généralement après les repas ou indépendamment de la prise des repas, pour l'ulcère duodéal les douleurs apparaissent lorsque l'estomac est vide et disparaissent après les repas. (Zeitoun, J.D. Chryssostalis, A. Lefevre, J. 2014, p, 33)

Cette pathologie évaluée douloureuse, irritable, persistante, incurable, ...etc. engendre des troubles psychiatriques : sentiment de désespoir, perte de motivation, difficulté à s'alimenter et à trouver le sommeil, faible estime de soi et pensées morbides voici quelques signes d'une dépression.

Le fait de d'être stressé, d'avoir des soucis qu'ils soient de santé, internes ou externes ; avoir des idées noires, des difficultés dans le sommeil, des moments de doute ou de questionnement font partie de la vie. Chaque personne est confrontée à des expériences sous

Problématique

une large palette d'émotions : tristesse, découragement, désespoir, culpabilité...etc. On ne peut en présence de ses variations et ses baisses d'humeurs parler de dépression.

Pour pouvoir parler de dépression donc de maladie, il faut:

- que ces perturbations de l'humeur soient multiples et bien caractérisées ;
 - qu'elles se manifestent de façon (quasi) permanente pendant une période supérieure à deux semaines ;
 - qu'elles entraînent une gêne importante dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne (difficulté ou incapacité de se lever, d'aller à son travail, de sortir faire ses courses...).
- (Briffault, X. Caria, A. Finckelstein, C. 2007 .p, 3)

Selon l'OMS en 2013 la dépression est une affection courante dans le monde qui concerne 300 millions de personnes selon les estimations. Elle diffère des sautes d'humeur habituelles et des réactions émotionnelles passagères face aux problèmes du quotidien. Quand elle perdure et que son intensité est modérée ou sévère, la dépression peut devenir une maladie grave.

Elle peut entraîner une grande souffrance, altérer la vie professionnelle, scolaire et familiale de la personne concernée. Dans le pire des cas, la dépression peut conduire au suicide. Chaque année, près de 800 000 personnes meurent en se suicidant. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans.

Bien qu'il existe des traitements connus et efficaces pour combattre la dépression, moins de la moitié des personnes affectées dans le monde (dans certains pays, moins de 10%) bénéficient de tels traitements. Le manque de ressources, la pénurie de soignants qualifiés et la stigmatisation sociale liée aux troubles mentaux sont autant d'obstacles à l'administration de soins efficaces.

La dépression résulte d'une interaction complexe entre des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques. Les personnes exposées à des événements malheureux dans leur vie (chômage, deuil, traumatisme psychologique) sont plus susceptibles de développer une dépression. Celle-ci peut, à son tour, générer un surcroît de stress et de dysfonctionnement et aggraver la situation de la personne touchée, ainsi que la dépression elle-même.

Problématique

Il existe une interdépendance entre la dépression et la santé physique. Par exemple, une maladie cardio-vasculaire peut entraîner une dépression et vice versa.

En Algérie un sur dix souffre de traumatismes psychiatriques ou de dépression nerveuse. Un chiffre alarmant qui a été communiqué au congrès international de psychiatrie consacré à la situation mentale dans le monde arabe. Selon des données sur le cas Algérie, les maladies mentales sont en constante progression. Selon les recoupements faits au niveau hospitalier, pas moins de 150 000 Algériens souffrent de schizophrénie, cette maladie qui fait plonger le patient dans des mondes différents ne sachant plus dissocier la réalité de la rêverie. Notons que la tendance à la hausse des maladies mentales n'est pas une particularité algérienne, c'est même une tendance générale. Selon des études prospectives établies par l'Organisation mondiale de la santé, la dépression sera la deuxième cause d'incapacité après les maladies cardiovasculaires. Le manque de psychiatres serait une des raisons de cette hausse du nombre de dépressifs.³

Lors de ces épisodes dépressifs, le patient est d'humeur morose; il ressent une perte d'intérêt et de plaisir, ainsi qu'une baisse d'énergie entraînant une diminution de son activité pendant au moins deux semaines.

Parmi les personnes atteintes de dépression, un grand nombre souffrent aussi d'anxiété, de perturbations du sommeil et de l'appétit et peuvent éprouver un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, avoir du mal à se concentrer, voire présenter des symptômes médicalement inexplicables.

Selon le nombre et la gravité des symptômes, un épisode dépressif peut être considéré comme léger, modéré ou sévère. Dans le premier cas, la personne éprouvera quelques difficultés à poursuivre ses activités professionnelles et sociales courantes, mais ne cessera probablement pas de fonctionner complètement. Lors d'un épisode dépressif sévère, il est très improbable que le malade soit en mesure de poursuivre ses activités sociales, professionnelles ou privées, sauf de façon très limitée.

La dépression est également associée à un risque de décès plus élevé chez les personnes hospitalisées, dans certaines études, certains symptômes dépressifs comme les troubles de

³ Bouaricha.N, journal El Watan ,08-11- 2007

Problématique

l'appétit, de la concentration et surtout le désir de mourir sont très fréquents. Le suicide particulièrement fréquent chez les personnes âgées et les maladies somatiques associées ne rendent pas compte de cet excès de mortalité, les causes de mort chez les dépressifs ne diffèrent pas notablement des causes de mort dans la population générale, par contre dans ce groupe de personnes, l'âge, le sexe masculin, une faible mobilité, un état mélancolique ou des caractéristiques psychotiques sont tous de mauvais pronostics vitaux (haynal, et All, 1997, P137)

A travers de tout ce qui est dit en haut, on arrive à poser la question suivante :

- Est-ce que l'ulcère gastrique chez les personnes hospitalisées peut provoquer une dépression ?
- Quel est le degré de cette dépression?

Les hypothèses :

La maladie somatique chez les personnes hospitalisées provoque une dépression.

Le degré de la dépression varie d'une personne à l'autre.

Opérationnalisation des concepts

Opérationnalisation des concepts :

1. Ulcère gastrique :

- _ Douleurs au niveau de l'abdomen ;
- _ Brulures et crampes rythmées par les repas ;
- _ Présence d'éructation et des ballonnements intestinaux ;
- _ Une anorexie (perte d'appétit) avec amaigrissement ;
- _ La pâleur d'une anémie ;
- _ Une diarrhée noirâtre ;
- _ Saignements dans les vomissements et dans les selles (diarrhée noirâtre due a du sang digéré)

2. Hospitalisation :

- _ Malades et maladie ;
- _ Traitements sous différentes formes et médicaments ;
- _ La mort et les idées noires du patient ;
- _ Anxiété et dépression pouvant faire surface ;
- _ Une rupture avec le mode de la vie habituel ;
- _ Isolement

3. Dépression :

- _ Une humeur triste, se sentir malheureux et démoralisé ;
- _ une réduction marquée du plaisir et de l'intérêt pour les quasi activités ;.

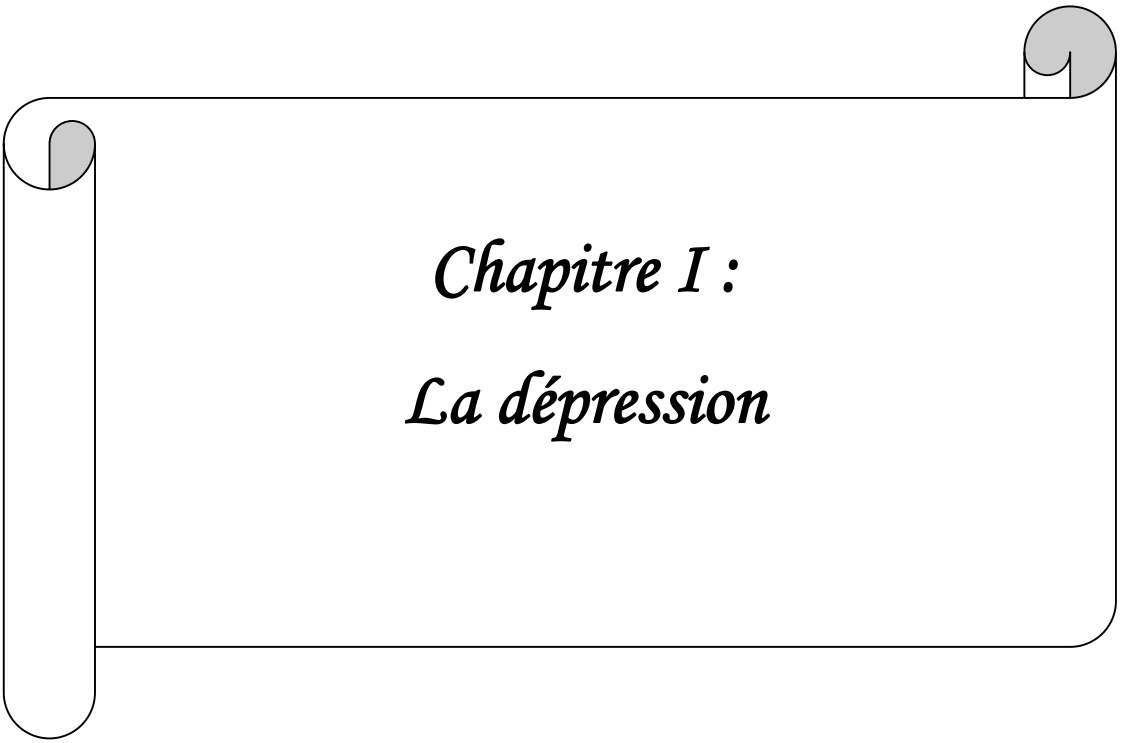
Opérationnalisation des concepts

- _ Isolement et replis sur soi
- _ Sentiment négatif envers soi et culpabilité excessive ;
- _ Des pensées ou désirs de suicide ;
- _ Un changement marqué de l'appétit ou du poids
- _ Insomnie ou excès de sommeil ;
- _ Sensibilité émotionnelle excessive ;
- _ Une fatigue importante ou une perte d'énergie ;
- _ Des problèmes de concentration et de prise de décision ;
- _ Une baisse de la libido et une anhédonie ;
- _ Baisse de la libido

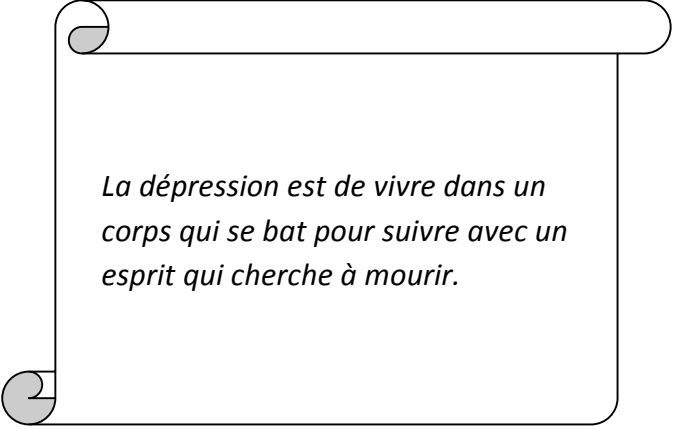
Il est souligné que tous ses signes ne sont pas tous présents chez les mêmes cas, mais c'est l'ensemble des signes repères chez tous les cas qui constitue cette catégorie.



La partie théorique



Chapitre I :
La dépression



La dépression est de vivre dans un corps qui se bat pour suivre avec un esprit qui cherche à mourir.

Préambule :

La dépression est la plus connue des troubles mentaux, elle est enchaînée par un cortège de tristesse, d'amertume, de faiblesse et souffrances internes.

Nous sommes tous confrontés dans notre vie individuelle à être affectés par de nombreuses façons différentes (séparation, décès, maladie organique grave...); qui génèrent une grande diversité de symptômes physiques, psychologiques et sociaux. La dépression est une maladie grave qui porte en elle, la possibilité d'atteinte somatique, et surtout la possibilité du suicide.

I. Définitions :

La dépression primaire peut être comorbide d'une pathologie somatique. La dépression secondaire survient dans un contexte de pathologie somatiques préexistantes, essentiellement endocrinologiques ou neurologiques, chez un sujet présentant un trouble de la personnalité, un trouble psychiatrique ou dans un contexte de iatrogénie.

Le diagnostic de dépression doit être différencié de celui de trouble de l'adaptation, qui peut évoluer vers un trouble dépressif. Une réaction émotionnelle importante accompagnant une maladie organique peut faire porter le diagnostic d'épisode dépressif majeur par excès. A l'inverse, il en va de même pour le repérage d'une pathologie organique chez un sujet présentant une dépression. Un symptôme somatique dans un contexte de dépression nécessite la recherche d'une étiologie organique (Charles, S.P, 2013. P ,132)

A-Selon le grand dictionnaire de psychologie:

La dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur.

S'accompagnant parfois d'anxiété, la dépression entretient chez les patients une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne a des ruminations subdélirantes a thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois a le réaliser.

B- Selon Larousse médicale :

Etat pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité psychomotrice et un désintérêt intellectuelle. Dans son usage familial le terme de dépression peut recouvrir des états divers allant du simple passage à vide à des troubles psychiatriques plus sévères.

II. symptômes physiques et psychologique de la dépression :

Se sentir triste, être « déprimé », avoir des « pensées noires » ou connaître des troubles du sommeil ne signifie pas nécessairement que vous souffrez de dépression. Pour que l'on considère qu'une personne souffre d'un trouble dépressif majeur, elle doit avoir des des symptômes pour la première fois ou ils doivent être nettement plus graves qu'avant l'épisode, ces symptômes doivent également être présents presque toute la journée, presque tout les jours, pendant au moins deux semaine de suite, l'épisode doit aussi être accompagné d'une détresse ou d'une altération du fonctionnement cliniquement significative.

II.1 Les signes somatiques associés :

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

Les principaux signes somatiques de dépression sont :

- L'asthénie, symptômes le plus fréquent et souvent le plus précoce. Sa prédominance matinale et son amélioration vespérale sont des signes fortement évocateurs d'un trouble de l'humeur sous-jacent.
- Des troubles de l'appétit :

_ Une anorexie involontaire est très fréquente avec dégoût des aliments, sensation d'oppression dans la gorge.

- Des troubles de sommeil variables :

_ Sentiment d'un sommeil de mauvaise qualité et non réparateur en dépit d'un temps de sommeil habituel.

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

L'intensité des symptômes somatiques peut fluctuer sur le nycthémère. Lorsque les symptômes physiques sont au premier plan on parle alors de dépression masquée. (Charles, S.P, 2013, p, 132)

II.2 Signes psychologiques :

Comme on l'a déjà mentionné la dépression se définit d'abord pas ses symptômes, qui sont variés et se manifestent souvent tant d'une manière psychologique qu'organique à ce niveau la nous décrirons en bref, les symptômes les plus importants des différentes entités dépressives

- Symptômes en rapport avec les sentiments : chagrin, tristesse, angoisse, culpabilité, colère, hostilité, événement, irritabilité

- Symptômes comportementaux : excitation, le facies est triste, la position du corps exprime le découragement. en plus ralentissement psychomoteur, pensée et discours lent, pleurs, tentatives de suicides.
- Les symptômes qui sont en rapport avec les attitudes envers soi même et envers l'environnement : auto-accusation, faible estime de soi, sentiment de l'lassitude, de désespoir, pessimisme, idées de mort et de suicide.
- Symptômes d'affaiblissement cognitif : diminution de l'aptitude à penser et difficultés de concentration
- Symptômes en rapport avec les 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 plaisir sexuel et plaintes somatiques. (Georges.K, 2004, p, 28)
- **humeur dépressive :**

La grande majorité des dépressifs mentionnent un certain degré de tristesse ou se sentent malheureux. Ceci peut varier entre une tristesse légère ou mélancolie (comme on la nomme souvent) et le profond désespoir. Souvent la personne avoue ressentir solitude, ennui, manque total d'espoir pour l'amélioration de la situation. Les dépressifs considèrent leur situation comme irréversible et peuvent pleurer souvent : en plus certains mentionnent avoir la sensation de « pleurer intérieurement »

Fréquemment, les dépressifs présentent le faciès caractéristique du dépressif : les coins de la bouche tombants, les yeux rouges et enflés par les pleurs, le regard fixe et l'expression triste. Cependant, à un stade total, certains peuvent ne pas présenter de telles caractéristiques et peuvent paraître de bonne humeur, sourire, malgré leur tristesse intérieure ou leur désespoir. Souvent même, si un seul mot (bon ou mauvais) est prononcé, leurs défenses diminuent, ils fléchissent et ils éclatent en sanglots.

- **perte de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelles :**

Beaucoup de dépressifs semblent perdre la capacité de tirer satisfaction des activités qu'ils avaient l'habitude de considérer comme plaisantes comme les repas, les sorties, les amis, les sports, etc. En deux mots, rien ne leur fait plaisir, en plus, des malades dépressifs graves peuvent éprouver une « paralysie de la volonté » qui se manifeste par l'incapacité de faire la plus simple des choses, comme par exemple, de se lever. Les dépressifs mentionnent souvent

que même les simples activités de routine leur paraissent insurmontables et que leur rendement est inférieur, aussi bien sur ce qu'ils attendent d'eux-mêmes, que sur ce que les autres attendent d'eux. Ces auto-appréciations ne répondent pas toujours à la réalité. Dans le langage des comportementalistes on pourrait dire que ces activités ne sont plus stimulantes et ne l'intéressent plus.

- **sensation de fatigue et perte d'énergie :**

Les dépressifs se sentent souvent très fatigués. Le manque de motivation, qui les caractérise d'habitude, s'accompagne d'un manque d'énergie. Ainsi ils se plaignent de faiblesse, de douleurs et d'épuisement. Ils ont une difficulté à commencer une activité et souvent ils ne peuvent pas la terminer.

- **ralentissement du discours, de la pensée et du mouvement:**

Les dépressifs parlent d'habitude très lentement, au point où souvent l'entrevue avec eux est difficile : ils tardent beaucoup à répondre aux questions qu'on leur adresse et, quand ils répondent, c'est par un mot ou avec de grandes lacunes. Ils semblent se trouver aux limites de l'épuisement et ils pensent et agissent lentement et sans spontanéité. Les mouvements du corps sont lents et les gestes moindres. Les thérapeutes souvent mentionnent qu'ils se sentent épuisés après un entretien avec un tel patient.

- **changements dans l'appétit :**

Beaucoup de dépressifs n'ont pas d'appétit et perdent du poids. Ils refusent de manger ou ils mangent très peu. Même quand il s'agit de leur repas préférés. Un grand pourcentage de dépressifs, qui varie entre 70% et 80%, souffre d'anorexie accompagnée de perte de poids, petite ou grande, qui peut être même menaçante pour la vie, au contraire, un pourcentage bien moins élevé des dépressifs présente une augmentation de l'appétit et prend du poids à cause de l'accroissement de la consommation de nourriture, plus particulièrement durant la nuit.

- **perturbation du sommeil :**

L'insomnie est un signe particulièrement fréquent de la dépression. La personne qui se sent souvent épuisée et qui n'a pas de difficulté à s'endormir, se lève quelques heures après et il lui est impossible de se rendormir. L'insomnie peut survenir initialement (la personne ne peut pas s'endormir), au milieu de la nuit (éveil durant la nuit et incapacité de se rendormir, et sur le mat (éveil tôt). d'habitude, l'insomnie initiale est plus liée à l'anxiété qu'à la dépression.

Dans certains cas la perturbation du sommeil prend la forme d'hypersomnie, durant laquelle la personne peut dormir quinze heures par jour ou plus.

- **plaintes somatiques et dysphorie :**

Souvent les dépressifs se plaignent de douleurs et de différents problèmes organiques. D'habitude ils rendent visite à plusieurs médecins pour qu'ils soulagent leurs douleurs avant de rendre visite à un psychothérapeute. Quelques-uns des problèmes les plus communs qu'ils présentent sont : des céphalées, douleurs en haut du dos et à la nuque, des crampes musculaires, nausée, vomissements, une boule à la gorge, saveur aigre, bouche sèche, miction douloureuse etc.

- **excitation :**

Les dépressifs présentent parfois une agitation excessive, une tension intérieure, un énervement ou une excitation. Ils bougent constamment, ils font les cent pas, ils remuent leurs mains, ils font des mouvements brusques. Ces activités n'offrent aucun soulagement et ne font pas cesser l'état de tension.

- **diminution du désir sexuel :**

La perte de l'intérêt pour l'activité sexuelle, qui pour le cas des hommes peut s'exprimer par un trouble de l'érection, est directement liée à l'épuisement. Au manque d'énergie et à la perte générale de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelles qui caractérise les dépressifs. Parfois, cependant, les problèmes sexuels peuvent être dus aux traitements médicamenteux ou à d'autres problèmes organiques ou psychogènes.

- **diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer :**

Le processus mental et l'activité des dépressifs se ralentissent et souvent ceux-ci sont accompagnés de problèmes de la mémoire. Ils ont tendance à être indécis et avoir des difficultés de concentration. Parfois, en plus, ils ont des idées fixes, au point de présenter parfois un comportement obsessionnel.

- **sentiment et pensées de dévalorisation, de faible estime de soi, d'auto-accusation, de culpabilité et de honte :**

Souvent, ces symptômes constituent une caractéristique principale de la dépression. Les dépressifs semblent se retirer de la vie. Ils se « considèrent comme problématique en

rapport avec toutes ces qualités et ces caractéristiques qu'eux-mêmes estiment comme les plus importantes (intelligence, beauté, santé...à. Les dépressifs estiment souvent des sentiments de culpabilité et des remords pour des fautes ou des échecs du présent ou du passé. Parfois ils amplifient a tel point leurs échecs ou leurs fautes, qu'ils donnent l'impression d'attribuer plutôt a l'environnement qu'a eux-mêmes les causes des problèmes qu'ils se sont créés. Particulièrement, en ce qui concerne la faible estime de soi, qui caractérise les dépressifs, elle se manifeste par la conviction de la personne qu'elle est et continuera a être « un échec » et décevant pour son entourage. Les spécialistes de la dépression ne sont pas d'accorda savoir si la faible estime de soi constitue la cause ou le résultat de la dépression. Les deux se présentent presque toujours ensemble et il est très difficile de les distinguer, surtout dans les formes de dépression chronique.

- **anxiété :**

Un pourcentage de dépressifs, qui varie entre (60% et 70%) mentionne qu'ils ressentent une anxiété intense et parfois une inquiétude exagérée.

L'anxiété sont des affects, en raison de leur caractère diffus. Ces affects sont pénibles, désagréables, douloureux. Leur caractère essentiel est leur obscurité apparente : leur origine, leur source, leur cause demeurent inconnues à la conscience, ce qui accroît leur caractère oppressant. Ce sont des peurs sans objet apparent, Classiquement, l'anxiété renvoie aux réactions strictement psychiques.(Ronan. L.N, 2007, p, 77)

- **sentiment d'incapacité, de pessimisme, de désespoir:**

Le monde, comme le perçoivent les dépressifs, est suffocant et insupportable et ils se sentent impuissants et désespérer dans ce monde. Etant donné cette conviction, le suicide peut paraître malheureusement comme le seul moyen possible d'échapper a cette réalité douloureuse. Quand le dépressif prend une telle décision, les sentiments de désespoir peuvent parfois disparaître ; chose qu'explique la bonne humeur que paraissent éprouver certains dépressifs après leurs décisions de se suicider.

- **idées de mort et de suicide :**

Beaucoup de dépressifs pensent à la mort et ont des idées récurrentes de mort et de suicide. Souvent ils disent « je voudrais échapper à tout cela », « je n'ai pas de raison de vivre », « je n'aurais pas dû naître », « je voudrais être mort ». Le suicide constitue la complication la plus grave et la plus dangereuse de la dépression (Georges. K, 2004, p,29,31)

III. Sévérité des symptômes dépressifs selon la CIM-10 :

- « **léger** » lorsqu'il y a peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; l'altération des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres est seulement mineure.
- « **sévère sans caractéristique psychotique** » lorsque plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic sont présents, et que les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres.
- « **sévère avec caractéristiques psychotiques** » lorsque s'ajoutent aux symptômes typiques de l'épisode dépressif sévère des idées délirantes ou des hallucinations, concordant ou non avec le trouble de l'humeur.
- « **modéré** » lorsque les symptômes et altérations des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres sont comprises entre ces deux extrêmes.

La dépression sans tendance manique est souvent désignée sous le terme d'unipolaire car l'humeur se stabilise en un seul état émotionnel ou pôle émotionnel.

IV. Les approches cliniques

IV.1 L'approche cognitive et comportementale :

La théorie comportementaliste affirme que l'individu déprimé s'est trouvé brusquement confronté à des stimuli réactivant un événement douloureux connu au passé. Le déclenchement de la crise dépressive est à rattacher avec la modification du régime pulsionnel et défensif. Cette modification équivaut à une détérioration de la relation du sujet à l'objet ou à son image. Donc cette crise serait la suite logique à cette perte de représentation et d'intégration à l'amour porté à cet objet.

Les événements susceptibles de déclencher un état dépressif sont, en dehors du deuil, de l'échec d'une relation ou des situations de solitude ou d'exil, considérés comme des facteurs prédisposant. On les nomme «stresseurs psycho-sociaux ». Ces événements brusques (séparations, modifications de style de vie, déménagement, échec professionnel,...), par accumulation, changement et sommation, réveillent des traumatismes jusque-là enfouis et apparemment résolus. Ce retour en surface peut provoquer une dépression. (Chapelle.F, Monié.B, ALL, 2014, p, 281)

Le courant cognitif lui s'intéresse à l'ensemble des processus de réception, de traitement, d'analyse des informations et de réponses, qu'elles soient verbales ou comportementales, formulés par le sujet.

La cognition fait référence à la mémoire, la vigilance, l'attention, l'apprentissage, la compréhension et les capacités d'adaptation. Toutes ces capacités intellectuelles entrent en jeu quand le sujet veut analyser une situation, opère un changement ou dépasser un conflit ou une perte. Le sujet va traiter l'information par le biais de ses composantes pour s'ouvrir un début de solution à sa problématique.

Si l'un ou plusieurs de ces composantes sont défailantes, l'information issue d'une situation sera mal perçue et par conséquent mal traitée, ce processus érigé en modèle du « traitement de l'information » est la pierre angulaire de l'explication cognitiviste des troubles dépressifs.

Ce modèle est soutenu par le psychiatre américain Aaron Beck qui décrit le sujet dépressif comme possédant des schémas cognitifs qui sont en dysfonctionnement. C'est héritage de son enfance. C'est une fragilité prédisposant l'enfant à un type futur de représentations et de réactions provoquant inmanquablement un traitement non conforme et négatif des informations. Par conséquent l'inadéquation entre ce qui est prévu et ce qui est ressenti est interprétée de manière erronée et négative par le sujet. La dépression serait en fait un mauvais traitement de l'information, une mauvaise résolution d'équation affective environnementales et interpersonnelles.

IV.2 L'approche biologique :

La dépression entraîne au niveau cérébral des changements morphologiques et fonctionnels définissant la neuroplasticité ; ces changements s'opèrent au niveau du cortex préfrontal, de l'hippocampe et de l'amygdale et ont pu être révélés grâce aux progrès de la neuro-imagerie.

Le rôle des neurotransmetteurs aminergiques -ou monoamines- dans le mécanisme de la dépression fut examiné dès les années 60. En effet, depuis la constatation de l'efficacité des antidépresseurs tricycliques (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) dans la dépression, l'hypothèse d'un dysfonctionnement monoaminergique central – en particulier sérotoninergique – a longtemps prédominé. Plus récemment, des données nouvelles issues de la neuro-imagerie, de la neurophysiologie et de la biologie cellulaire et moléculaire ont permis d'associer la dépression à différents phénomènes neurobiologiques notamment un dysfonctionnement de la neuroplasticité.

La neuroplasticité correspond à des changements d'organisation et de structure de certains éléments neuronaux, produisant une modification ou une modulation de leur fonction (pétrogenèse, apoptose, plasticité synaptique, réorganisation de la composition de réseaux neuronaux...). Les modifications seraient fonction de facteurs de l'environnement dans lequel vit le sujet (ex : stress, alcool) et de l'environnement dans lequel se trouve le système nerveux (ex : taux de glucocorticoïdes).

Sachant que la sérotonine (5-HT) régule plusieurs aspects de la plasticité cérébrale et que la plupart des antidépresseurs efficaces facilitent la transmission 5-HT, il a été proposé que ces psychotropes exercent leur effet thérapeutique en favorisant les processus neuroplastiques.

Les progrès de la neuro-imagerie structurale et fonctionnelle de ces dernières années ont permis de découvrir que de multiples régions neuroanatomiques sont altérées chez les individus déprimés. Les régions d'intérêt les plus importantes dans la dépression sont le cortex préfrontal, l'amygdale et l'hippocampe :

1. le cortex frontal et préfrontal

Le cortex préfrontal est la partie antérieure du lobe frontal, située en avant des régions pré motrices. Cette région est le siège de différentes fonctions cognitives dites supérieures (notamment la mémoire de travail, le raisonnement, et plus généralement les fonctions exécutives). Une diminution du volume du cortex préfrontal dans la dépression majeure a été de nombreuses fois retrouvée.

2. L'amygdale

L'amygdale est une structure cérébrale bilatérale située en profondeur, dans la région antéro-inférieure du lobe temporal. Physiologiquement il existe une asymétrie droite-gauche. Elle reçoit de nombreuses projections, principalement des régions sensorielles du thalamus et du cortex, mais aussi de plusieurs autres structures comme l'hippocampe et le cortex préfrontal. Elle a un rôle dans la gestion des émotions, de l'anxiété et des réactions de peur. Les données de la littérature sur les modifications fonctionnelles de cette structure sont hétérogènes, peut-être en raison de la petite taille de l'amygdale. Certaines études rapportent une augmentation du volume de l'amygdale droite, d'autres une augmentation bilatérale lors du premier épisode dépressif ou encore une perte de l'asymétrie physiologique.

3. L'hippocampe

L'hippocampe est une structure bilatérale et faisant partie du système limbique. Il s'agit d'une structure corticale ancienne repliée sur elle-même et située dans la face médiane du lobe temporal. L'hippocampe a un rôle dans le contrôle de l'humeur, la mémorisation (un rôle primordial dans la mémoire épisodique ou mémoire des événements personnels), la concentration et l'acquisition des connaissances. Un grand nombre de travaux d'imagerie montrent une diminution du volume de l'hippocampe (pouvant aller jusqu'à 19 %) chez les patients déprimés. Cette atrophie est corrélée, indépendamment de l'âge, à la durée totale des phases dépressives et semble s'aggraver avec la répétition des épisodes. (Pitchot.W, Coll, 2008, P 373)

V. Les troubles de l'humeur selon le DSM-IV :

La section des Troubles de l'humeur comprend des troubles dont la caractéristique principale est une perturbation de l'humeur.

- **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 associés à au moins quatre autres symptômes de dépression)
- **Le Trouble dysthymique:** est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associés à des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif majeur.
- **Le Trouble dépressif 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).
- **Le Trouble bipolaire I:** est caractérisé par un ou plusieurs Épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'Épisodes dépressifs majeurs.
- **Le Trouble bipolaire II:** est caractérisé par un ou plusieurs Épisodes dépressifs majeurs accompagnés par au moins un épisode hypomaniaque.
- **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.
- **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 spécifié déjà défini dans cette section (ou des symptômes bipolaires pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).
- **Le Trouble de l'humeur dû à une affection médicale:** générale est caractérisé par une perturbation thymique marquée persistante évaluée comme étant la conséquence psychologique directe d'une affection médicale générale.
- **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 .

- **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 spécifiques et pour lesquels il est difficile de choisir entre Trouble dépressif non spécifié et trouble bipolaire non spécifié (p. ex., crise d'agitation). (DSM-4-TR. 2003, p, 39)

VI. Formes de la dépression :

De nombreuses formes de dépression sont décrites en fonction des symptômes prédominants (anxiété ; ralentissement, signes somatiques, idées délirantes...), du terrain (âge, grossesse...) ou l'évolution (dépression unipolaire ou bipolaire)...etc.

VI.1 Dépression mélancolique :

Le terme de mélancolie est utilisé depuis plus d'un siècle pour décrire un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère a des caractéristiques quantitatives et qualitatives particulières.

Du point de vue qualitatif, la mélancolie est remarquable par la gravité du tableau clinique. L'intensité dépressive est reflétée par la douleur morale intense qui transparait sur le visage du patient (oméga mélancolique : visage triste dont les sourcilles pointent vers l'intérieur du visage), la perte de la capacité à éprouver du plaisir pouvant aller jusqu'à l'anesthésie affective. Le ralentissement psychomoteur est majeur, allant parfois jusqu'à la catatonie. Classiquement, le visage est figé, amimique, les gestes sont rares et peu ample. Le discours est lent, monotone et peu audible.

Du point de vue quantitatif, la mélancolie se distingue par l'existence d'une symptomatologie plus importante le matin que le soir (amélioration vespérale) , des insomnies de deuxième partie de nuit avec des réveils précoces, une perte de poids majeure et rapide. Enfin l'existence d'un sentiment de « honte », e culpabilité, d'indignité, d'incurabilité et/ou de ruine fait poser le diagnostic de mélancolie.

VI.2 La dépression anxieuse :

Elle associe une réponse anxieuse a la décompensation dépressive. L'anxiété apparait au premier plan. Le tableau clinique est alors dominé par une agitation, une instabilité, des ruminations anxieuses et des questionnements répétitifs sans réassurance possible. Des

plaintes somatiques et/ou hypocondriaques sont souvent associées et nécessitent de rechercher l'existence d'idées délirantes sous-jacentes. Le risque suicidaire est majeur (raptus anxieux).

VI.3 Dépression délirante :

L'existence d'une symptomatologie délirante doit être recherchée devant toute dépression. Ici, les thèmes dépressifs sont exprimés de façon délirante. Classiquement, le délire est associé à un tableau dépressif mélancolique réalisant ce que l'on appelle une mélancolie délirante. Le plus souvent, les idées délirantes sont congruentes à l'humeur : culpabilité, frustration, persécution, influence/possession ou hypocondrie.

VI.4 Dépression avec ralentissement :

A. Dépression pseudo-démentielle (ralentissement cognitif) :

Forme de dépression où les troubles cognitifs sont au premier plan. On retrouve des troubles attentionnels et mnésiques importants et invalidants.

Dans les formes les plus sévères, on parle de dépression pseudo-démentielle. Cette forme de dépression est plus fréquente, mais non exclusive, chez la personne âgée. Une désorientation temporo-spatiale peut également coexister. La recherche d'une étiologie organique doit être systématique. L'épreuve thérapeutique par antidépresseur peut aider au diagnostic différentiel entre dépression pseudo-démentielle et démence avec symptomatologie dépressive.

B. Dépression stuporeuse :

Un accès mélancolique est dit stuporeux lorsque l'intensité de la souffrance morale est telle qu'elle « fige » le patient. Le ralentissement psychomoteur est majeur. Il apparaît seul au devant de la symptomatologie avec une intensité maximum. Le patient (quasi) mutique ne s'alimente presque pas voire plus du tout. Le visage montre un état de « stupeur ». Le pronostic vital est engagé à court terme par altération de l'état général et /ou suicide, nécessitant une hospitalisation en urgence et le plus souvent un traitement par sismothérapie.

C. Dépression catatonique :

Il s'agit d'une forme de dépression rare où une dépression stuporeuse s'accompagne d'un syndrome catatonique. Cliniquement, on retrouve, dans sa forme complète, une

cataplexie (rigidité des membres avec maintien des attitudes imposés). Et une hyperkinésie (stéréotypies gestuelles complexes).

D. Dépression atypique :

Dans la conception anglo-saxonne, les dépressions atypiques sont caractérisées par la persistance et la réactivité thymique, l'hyperphagie (qui remplace l'anorexie), l'hypersomnie (qui remplace l'insomnie). Cette forme de dépression serait plus fréquente chez les femmes, serait plutôt résistante aux antidépresseurs tricycliques et à l'électroconvulsivothérapie, et répondrait plus favorablement aux antidépresseurs de type IMAO et aux thymorégulateurs.

E. Dépression saisonnière :

L'existence d'une relation entre humeur, saison et lumière est empiriquement connue depuis l'Antiquité. Certains types de dépressions sont marqués par une variabilité circannuelle (saisonnière) des symptômes. Les dépressions saisonnières surviennent principalement à l'entrée de l'hiver et se rapprochent des modèles animaux d'hibernation. Cliniquement, les dépressions saisonnières ont des caractéristiques similaires avec les dépressions atypiques (hypersomnie, hyperphagie, prise de poids, diminution de l'énergie).

VI.5 Formes difficiles à diagnostiquer :

➤ Dépression hostile :

Cette forme clinique est marquée par l'existence d'une agressivité et d'une opposition au premier plan. La tristesse et la douleur morale sous-tendent ces manifestations comportementales. Les accès de colère et l'explosivité sont inhabituels pour le sujet. La reconnaissance du syndrome dépressif n'est pas toujours facile.

➤ Dépression masquée :

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

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

➤ **Dépression mixte ou état mixte :**

Il s'agit en général d'un état d'agitation avec une augmentation de la réactivité émotionnelle mais avec une prépondérance d'affectes tristes, irritables ou anxieux. Toutefois, la coexistence de symptômes dépressifs et d'excitation maniaque génère une palette de tableaux cliniques variables avec toutes les formes de transition de la manie à la mélancolie. Les états mixtes représenteraient environ 30% des états d'agitation.

➤ **Mélancolie souriante :**

C'est une forme particulièrement trompeuse. La souffrance bien que vive est cachée. Le patient s'efforce de ne rien laisser paraître et affiche un masque socialisé. Le discours est marqué par des réponses brèves, laconiques. Les symptômes somatiques, en particulier l'asthénie, l'insomnie et la perte de poids sont généralement présents et leur intensité marquée. Comme dans les mélancolies simples, le risque suicidaire est important, majoré ici par le retard d'identification fréquent du trouble par les praticiens. L'entourage est généralement une source d'information importante, exprimant leur inquiétude quant aux changements comportementaux du patient. (Peretti, C, S. 2013, p39, 40)

➤ **Dépression et comorbidité psychopathologique et additive :**

La plupart des autres troubles psychiatriques_ troubles délirants, schizophrénie, trouble anxieux, conduites addictives. Peuvent se compliquer d'une dépression. La dépression aggrave dans ce cas le pronostic du trouble initial.

➤ **Dépression récurrente :**

Correspond à des accès dépressifs à répétition, la fréquence de ces récurrences n'est jamais tout à fait prévisible. Cependant, plus les accès dépressifs ont été nombreux et plus le risque de récurrence est important.

➤ **Dysthymie ou dépression chronique :**

La dépression chronique est définie par une période dépressive qui s'étend sur plusieurs années. Lorsque les symptômes sont un peu moins nombreux et un peu moins intenses, de dysthymie.

➤ **Dépression résistante :**

Forme particulière de dépression, la dépression résistante se caractérise par la persistance de l'épisode dépressif malgré au moins deux traitements antidépresseurs successifs bien conduits ou qui n'évolue pas suffisamment favorablement sous l'influence de ces traitements

➤ **Dépression bipolaire :**

A. Définition

Devant un épisode dépressif, il convient de rechercher systématiquement des épisodes antérieurs d'exaltation de l'humeur, afin d'ajuster au mieux le diagnostic. Il existe différents types de troubles bipolaires. Le trouble bipolaire est caractérisé par la succession à un rythme indéterminé d'épisodes maniaques et dépressifs entrecoupés d'intervalles libres.

a) L'épisode maniaque :

C'est une exaltation de l'humeur à teneur euphorique avec hyperactivité désordonnée souvent à caractère ludique, tachypsychie, logorrhée, réduction de temps de sommeil, sentiment de toute-puissance, désinhibition avec relâchement des censures morales et sociales (hypersexualité, addictions, exhibitionnisme...). La jovialité peut se transformer en irritabilité ou en agressivité. Des conduites à risque ou délictueuses sont possibles pendant ces accès. Dans les cas les plus graves, on peut observer de véritables manies délirantes.

b) L'épisode dépressif :

C'est un état d'intense souffrance morale associant un ralentissement psychomoteur, une insomnie, une anorexie, une aboulie, un sentiment de fatigue et une anhédonie. L'humeur est triste et il existe souvent un sentiment de culpabilité. Les idéations suicidaires sont fréquentes et doivent systématiquement être recherchées.

B. Les formes cliniques :

On différencie quatre formes de trouble bipolaire

- **Troubles bipolaire de type 1 :** c'est plus typique : présence d'au moins un épisode maniaque habituellement accompagné d'épisodes dépressifs
- **Troubles bipolaires de types 2 :** épisodes dépressifs majeurs récurrents avec épisodes hypomaniaques
- **Troubles bipolaires de type 3 :** ce sont des troubles associant des dépressions récurrentes et des antécédents familiaux de troubles bipolaires ou des patients qui ont présenté au moins un virage de l'humeur induit par un traitement antidépresseur
- **Trouble bipolaire de type 4 : tempérament hyper thymique.**

(Chapelle.F, Monié.B, al, 2014, P 100, 103)

VII. L'éthiopathogenèse de la dépression

La dépression peut être causée par un ou plusieurs facteurs, y compris des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux (lié l'environnement social ou familial)

VII.1 Les facteurs biologiques :

Une des principales théories est que la dépression est provoquée par un déséquilibre de substances naturellement présentes dans le cerveau et la moelle épinière, que l'on appelle les neurotransmetteurs.

La sérotonine et la noradrénaline sont deux neurotransmetteurs dans le cerveau qui semblent jouer un rôle dans les symptômes de la dépression.

La survenue des symptômes de la dépression est liée à une perturbation du fonctionnement cérébral. C'est bien le fonctionnement du cerveau qui est atteint, non sa structure. Cette distinction est importante car elle permet de bien comprendre que cette maladie peut être réversible. Ce dysfonctionnement du cerveau se traduit notamment par des anomalies dans la fabrication, la transmission et la régulation de certaines substances chimiques : les neuromédiateurs (également appelés neurotransmetteurs). Il est difficile de savoir à l'heure actuelle si ces anomalies sont la cause initiale ou bien la conséquence de la dépression. Quoiqu'il en soit, leur correction et la restauration du bon fonctionnement des neuromédiateurs sont indispensables. C'est la principale fonction des médicaments

antidépresseurs. On sait aujourd'hui que la psychothérapie entraîne elle aussi ce type d'amélioration biologique si le dérèglement initial est modéré

VII.2 Les facteurs psychologiques

Des mécanismes psychologiques particuliers sont également impliqués dans la dépression : sentiments de perte, conflits moraux, croyances négatives, mauvaise estime de soi (« Je ne peux rien faire de bon », « Je ne vauds rien »...). Certains de ces mécanismes trouvent leur origine dans l'enfance (plus ou moins bonne qualité des premières relations avec les parents, premières expériences associées à un sentiment de perte, de solitude, d'impuissance, de culpabilité ou de honte...), d'autres peuvent être liés à des éléments plus actuels (traumatismes, deuils liés à la perte d'une personne, d'un idéal ou d'une image de soi). Certains styles de comportements (sur les plans intellectuel, émotionnel, relationnel), ainsi que certains modes de défense psychologiques peuvent favoriser l'émergence et le maintien d'une dépression. Ainsi, certaines personnes souffrant de dépression expriment des croyances négatives (elles se croient par exemple « incapables » ou « indignes » de faire certaines choses...) ou n'envisagent que des perspectives pessimistes, à la fois pour le monde qui les entoure et pour elles-mêmes. Chez ces personnes, certains événements de la vie quotidienne, analysés sous leur angle le plus négatif, peuvent déclencher automatiquement des pensées dépressives, sans qu'il leur soit possible de faire appel à d'autres expériences plus positives.

VII.3 Les facteurs liés à l'environnement social ou familial

Certains événements de la vie très perturbants ou un stress excessif et permanent peuvent favoriser l'apparition d'une dépression. Par exemple, la mort d'un être cher, la perte d'un travail, une rupture affective, des conflits familiaux ou sociaux, une maladie... En plus des facteurs précipitant et des facteurs de risque, la présence ou l'absence de facteurs de protection dans l'environnement de la personne peut aussi jouer un rôle. Par exemple, la présence de personnes proches réconfortantes et valorisantes ou l'engagement dans des activités personnelles intéressantes peuvent protéger de la dépression ou favoriser la guérison. À l'inverse, l'absence de ces facteurs peut faciliter l'apparition (ou la réapparition) de la dépression. (Briffault.X , Caria.A, 200, p 22 ,24)

VII. les idées suicidaires et le suicide

Bien que les décès par suicide soient relativement rares, les pensées suicidaires sont, pour leur part, plus courantes. Lorsqu'une personne se sent abattue ou éprouve de la souffrance psychologique, il arrive qu'elle envisage le suicide, même si ce n'est que brièvement ou vaguement. Parfois, il s'agira de pensées suicidaires passives, comme souhaiter de ne pas se réveiller le matin ou espérer qu'un événement fatal se produise. Parfois, les idées suicidaires sont plus actives et plus graves, et la personne pense à la façon dont elle mettra fin à ses jours. La présence de pensées suicidaires ne laisse pas nécessairement présager un passage à l'acte, mais, que les idées suicidaires soient passives ou actives, il faut les prendre au sérieux, car elles sont le signe que quelque chose ne va pas, à ce moment-là, dans la vie de cette personne. Le suicide est la deuxième cause principale de décès chez les personnes de 15 à 34 et généralement, les personnes qui pensent au suicide ou meurent par suicide se sentent submergées par le désespoir, la tristesse, par des sentiments de culpabilité, de honte ou d'impuissance. L'un des plus grands facteurs de risque de décès par suicide est le fait d'avoir tenté, dans le passé, de mettre fin à ses jours. Les études montrent que le suicide a tendance à être plus fréquent chez les personnes qui souffrent d'un ou de plusieurs troubles de santé mentale, principalement les troubles psychotiques (comme la schizophrénie), les problèmes de consommation d'alcool ou de drogue et les troubles de la personnalité et surtout les troubles de l'humeur comme le trouble dépressif majeur ou le trouble bipolaire.

Le risque de suicide semble plus élevé chez les malades chroniques dont la maladie restreint le fonctionnement quotidien, mais, généralement, le suicide se produit lorsqu'un trouble de l'humeur ou un autre trouble de santé mentale s'ajoute à la maladie chronique.

On estime qu'environ 90 pour cent des personnes qui se suicident ont un trouble mental, mais la plupart des gens qui souffrent d'un trouble de santé mentale ne meurent pas par suicide. En outre, bien que la dépression et le risque de suicide aillent souvent de pair, les personnes qui se suicident ne sont pas toutes dépressives, et les personnes dépressives ne pensent pas toutes au suicide. Néanmoins, lorsqu'une personne est dépressive, il est important de savoir si elle a des pensées suicidaires. Pour en savoir plus sur ses troubles mentaux. ?

Certains signes peuvent indiquer qu'une personne est suicidaire : parler de suicide et de la mort, s'intéresser aux façons de se suicider ou rassembler des objets pour se suicider, se préparer à la mort en rédigeant un testament ou en donnant des objets personnels ayant une

grande valeur, avoir déjà fait une tentative de suicide et avoir vécu récemment une perte personnelle significative. Les autres indices qui laissent croire qu'une personne pense au suicide ressemblent aux signes de dépression. Il s'agit, notamment de : modification de l'appétit et du sommeil, isolement, perte d'intérêt pour les activités habituelles, en particulier pour celles qui procuraient auparavant du plaisir, et apparence et hygiène personnelle négligées. On peut également remarquer une augmentation de la consommation d'alcool ou de drogue, ainsi que des comportements à risque. Comme il est mentionné ci-dessus. (Société canadienne de psychologie, 2014)

IX. Dépression et pathologies somatiques

La présence de troubles somatique augmente le risque de troubles, essentiellement des troubles anxieux et dépressifs mais aussi des troubles psycho-organiques incluant les atteintes cognitives et les symptômes psychotiques.

La comorbidité dépression-pathologies- somatiques serait sous la dépendance de multiples facteurs. Sa fréquence augmente avec l'âge du sujet. Elle concerne principalement les patients hospitalisés dans un hôpital général (25 %) par rapport à ceux suivis en consultation ambulatoire et à la population générale. En outre, cette comorbidité est relativement fréquente chez les sujets hospitalisés en psychiatrie (environ 40 %) et touche 55 % des patients hospitalisés pour dépression. Enfin, elle dépend du type de maladies somatiques intriquées. Après un rappel de quelques généralités, nous présenterons des données diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques en considérant les principales pathologies organiques associées à la dépression.

La dépression primaire peut être comorbide d'une pathologie somatique. La dépression secondaire survient dans un contexte de pathologies somatiques préexistantes, essentiellement endocrinologiques ou neurologiques, chez un sujet présentant un trouble de la personnalité, un trouble psychiatrique ou dans un contexte de iatrogénie. Le diagnostic de dépression doit être différencié de celui de trouble de l'adaptation, qui peut évoluer vers un trouble dépressif. Une réaction émotionnelle importante accompagnant une maladie organique peut faire porter le diagnostic d'épisode dépressif majeur par excès. À l'inverse, il en va de même pour le repérage d'une pathologie organique chez un sujet présentant une dépression. Un symptôme somatique dans un contexte de dépression nécessite la recherche d'une étiologie organique. (Charles. S. P, 2007, p, 85)

X. Prise en charge et Traitement médicamenteux :

Le traitement du trouble dépressif repose sur plusieurs méthodes à aborder parallèlement, un traitement médicamenteux à partir d'antidépresseurs, une psychothérapie et une aide psychosociale. L'hospitalisation peut être nécessaire dans certains cas aigus : si il ya auto-négligence, risque significatif de se blesser ou de blesser autrui ou lors d'une crise suicidaire. La durée du trouble varie beaucoup, pouvant aller d'un épisode qui se résout en une semaine à une succession d'épisodes dépressifs majeurs pouvant durer sur des années. Le traitement médicamenteux peut être orienté sur le traitement de troubles associés, par exemple des troubles du sommeil ou l'anxiété. Le traitement doit être le plus individualisé possible en fonction des besoins du patient.

La psychothérapie peut être effectuée individuellement, en groupe ou en famille, par un professionnel de la santé mentale incluant psychothérapeute, psychiatre et psychologue. Avec des formes plus chroniques de dépression, un mélange de médicament et de thérapie peut s'effectuer.

X.1 Les psychothérapies cognitivo-comportementale (TCC):

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) font partie des traitements les plus efficaces et les plus recommandés pour la dépression. Ces thérapies brèves ont montré leur efficacité dans l'accélération de la rémission clinique et la diminution du taux des récurrences dépressives. La T.C.C de la dépression est une thérapie verbale et comporte une quinzaine de séances. La thérapie est centrée sur des objectifs concrets et personnels. Elle est une des seules aides psychologiques qui s'utilisent en phase aiguë de la dépression. Elle apprend aux patients les moyens de lutter contre les pensées (cognitions) négatives et persistantes pour ainsi changer les comportements contre productifs.

Les étapes de la thérapie comportementale et cognitive sont les suivantes:

1. Présentation du modèle cognitif: situation-cognition, émotion-comportement
2. Définition et identification des pensées automatiques négatives.
3. Argumentation des pensées dépressives, initiation aux méthodes de distanciation.
4. Identification des processus cognitifs trop utilisés.
5. initiation à la technique de planification des actions.
6. Identification des schémas cognitifs.

7. Augmentation de la flexibilité des schémas cognitifs.

L'indication est posée après des entretiens préliminaires incluant une analyse fonctionnelle⁶ des troubles aussi bien diachronique que synchronique.

En phase aigüe de la dépression, le patient apprend une démarche psychologique qui l'amène à : mettre à distance ses pensées négatives dépressives; obtenir un soulagement émotionnel et récupérer une liberté d'action.(Christine M. S, 2013, p, 3)

X.2 Traitements médicamenteux

- **La prise en charge initiale :**

Cette première phase de traitement a pour objectif de réduire la durée de l'épisode dépressif, de prévenir le risque suicidaire et de d'obtenir une rémission symptomatique complète. Il est important de proposer un traitement adapté dès le premier épisode dépressif. Le taux de réponse à un traitement antidépresseur diminue à chaque étape de la stratégie thérapeutique. Dans cette étude le taux de réponse étaient estimés à 30% après 2 lignes de traitement (antidépresseur prescrit à la posologie maximale tolérée pendant au moins 6 semaines). 14% après 3 lignes et 13% après 4 lignes de traitement. L'hospitalisation est indiquée dans plusieurs situations : épisode dépressif d'intensité sévère, résistance à la dépression au traitement, formes avec caractéristiques mélancoliques, psychotiques ou atypiques, risque suicidaire élevé, comorbidité psychiatrique ou somatique grave, isolement socio familial, sujet jeune ou sujet âgé, altération des capacités d'autonomie et d'observance.

En cas de risque suicidaire élevé, il est nécessaire de réaliser un inventaire des effets personnels du patient, de réévaluer ce risque fréquemment et de le prévenir.

Dans les cas des épisodes dépressifs d'intensité légère, le plus souvent, une prise en charge psychologique seule est proposée

En cas d'intensité modérée à sévère, la prescription d'un traitement pharmacologique (antidépresseurs, techniques de stimulation cérébrale) s'avère souvent nécessaire associé à une psychothérapie

En cas de prescription d'un traitement antidépresseur, il est indispensable de réaliser au préalable un bilan pré-thérapeutique clinique comprenant la prise des constantes (pression

artérielle, température, pouls), la mesure du périmètre abdominal, le calcul de l'indice de masse corporelle, un électrocardiogramme avec mesure de l'intervalle QT.

Le bilan para-clinique doit comporter un bilan sanguin avec numération sanguine, plaquettes, ionogramme sanguin, bilan rénal, hépatique, thyroïdien, lipidique, glycémie à jeun et un test de grossesse chez les femmes en âge de procréer sans contraception efficace. La réalisation d'une imagerie cérébrale peut être discutée en cas de premier épisode d'intensité sévère ou sans facteur déclenchant explicite.

Le choix du traitement AD est en fonction du type de dépression (unipolaire, bipolaire, éléments mélancoliques, psychotiques...), des symptômes associés (anxiété, trouble du sommeil, trouble de l'appétit..).

Le traitement doit être initié à la posologie la plus faible et l'augmentation se fait par pallier en fonction de la réponse. Dans la grande majorité des cas, la voie per os est privilégiée mais il est parfois nécessaire d'avoir recours à la voie parentérale dans les formes graves de dépression avec anxiété et risque suicidaire important. Concernant le délai d'attente de la réponse thérapeutique sont disparates mais est en général de 4 à 8 semaines selon l'âge et le métabolisme du patient. Certaines sociétés savantes proposent une durée de 8 à 12 semaines en cas de réponse partielle avant de changer d'antidépresseur.

- **Prise en charge à moyen et long terme :**

La deuxième phase est l'étape de maintien de cette rémission afin de permettre la consolidation et de prévenir les rechutes, surtout dans le cas des patients présentant des épisodes dépressifs récurrents. Le traitement AD doit être maintenu au minimum 4 à 9 mois dans le cas d'un premier épisode, à compter de la période de rémission complète, voire plus longtemps en cas de symptômes résiduels. Le traitement d'entretien doit être poursuivi à la même posologie que lors de la phase aiguë. Certaines situations nécessitent une durée de traitement d'une durée minimale de 2 ans

- Plus de 3 épisodes dépressifs

- Dépression à début précoce

Porteur de la dopamine (DAT), de la NA (NAT) et de la sérotonine (SERT). En effet et selon l'hypothèse monoaminergique de la dépression, ces monoamines seraient en déficit dans

certaines zones cérébrales ; ceste ainsi que peut en partie s'expliquer l'amélioration des symptômes dépressifs par les AD.

- **les antidépresseurs tricycliques :**

Molécules principales :

- Amitryptiline (Laroxyl)
- Maprotiline (Ludiomil)
- Imipramine (Tofranil)
- Clomipramine (Anafranil)
- Trimpramine (Surmontil)

Les Antidépresseurs tricycliques sont nommés ainsi en raison de leur structure chimique organique à trois noyaux. Cette classe de molécule a des propriétés antidépressives. Ils inhibent a la fois la recapture de la sérotonine et de la NA a différents degrés en fonction des molécules. La limitation majeure des tricycliques se trouve dans les effets indésirables qu'ils peuvent induire en rapporte avec leur action antagoniste sur divers récepteurs cholinergiques muscariniques M1, alpha-1-adrénrgiques et histaminiques H1.

- **les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :**

Molécules principales :

- Citalopram (Seropram)
- Escitalopram (Seroplex)
- Fluvoxamine (Floxyfral)
- Paroxétine (Deroxat, Divarius)
- Sertraline (Zoloft)
- Fluoxétine (Prozac)

Les ISRS appartiennent a diverses familles chimiques et ont pour propriété commune d'inhiber de façon puissante et sélective la recapture de la sérotonine via l'inhibition de SERT dans un premier temps au niveau du soma et des dendrites du neurone puis au niveau de la terminaison axonique. L'effet thérapeutique des ISRS est principalement médié par leur action sur les récepteurs 5-HT a la sérotonine et ce au sein de diverses régions cérébrales.(Elaurant.E, vandel.P, 2016, p,288.)

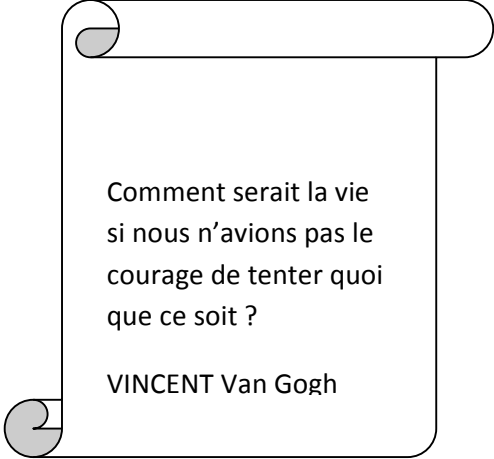
Conclusion :

La dépression est l'une des conditions les plus courantes dans le milieu hospitalier, mais elle est souvent négligée, non diagnostiquée, le non traitement des idées suicidaire qui découle de la dépression peuvent pousser le patient à se donner la mort en passant a l'acte suicidaire. La plupart des patients souffrant de dépression ne se plaignent pas de se sentir déprimé, mais plutôt de l'anhédonie ou de vagues symptômes inexplicés. Il est essentiel de rester vigilants pour dépister efficacement la dépression chez les patients.



Chapitre II :

L'ulcère gastrique



Comment serait la vie
si nous n'avions pas le
courage de tenter quoi
que ce soit ?

VINCENT Van Gogh

Préambule :

Le stress affaiblit le système immunitaire, ce qui favorise le développement des bactéries et des infections, psychiatrie. Sa manifestation la plus flagrante concerne des ulcères développés par certaines personnes hospitalisées, notamment en réanimation. Il s'agit là de stress médical très fort, concernant des patients dans le coma, atteints d'affections très graves. On peut parler alors d'ulcères de stress.

Qu'est ce que l'ulcère :

L'ulcère est une perte de substance de la paroi digestive atteignant la musculature. Lors de la guérison se constitue une cicatrice scléreuse.

A l'inverse, les érosions (appelées aussi abrasions ou exulcérations) sont plus superficielles n'atteignent pas la musculature et ne laissent pas de cicatrices en guérissant. Un ulcère peut être cutané (ulcère de la jambe) ou muqueux (ulcère gastroduodéal). Un ulcère superficiel est également appelé ulcération. (Larousse médical, 2012, p, 200)

1. Qu'est ce que l'Ulcération :

- ✓ Processus caractérisé par une perte de substance de la peau ou d'une muqueuse.
- ✓ Ulcère superficiel qui est la conséquence de ce processus.

2. Qu'est ce qu'une Gastrite :

Atteinte inflammatoire aiguë ou chronique de la muqueuse de l'estomac. (Larousse médical, 2012, p, 291)

3. Définition de l'ulcère gastroduodéal :

L'ulcère gastroduodéal est la destruction localisée de la muqueuse de l'estomac et du duodénum (segment initial de l'intestin grêle) qui résulte d'un déséquilibre entre les facteurs d'agression (la sécrétion des acides gastriques) et les facteurs de défense de la muqueuse (la barrière muqueuse). L'hyperacidité gastrique est alors impliquée dans le mécanisme de formation de l'ulcère.

L'ulcère gastroduodéal est très fréquent, touchant 10% de la population. La grande efficacité du traitement médicamenteux aujourd'hui disponible fait espérer une forte réduction du nombre de cas dans l'avenir. (Zeitoun, J.D, Chrysostalis, A, Lefevre, J, 2014. P, 33)

I. Epidémiologie

- L'incidence des UGD a régressé dans les pays développés au cours des 3 dernières décennies parallèlement au recul de l'infection gastrique à *H. pylori*.
- En France, l'incidence des UGD diagnostiqués par endoscopie est de l'ordre de 90 000 par an (0,2 % de la population adulte), dont environ 20 000 au stade de complications.
- Le taux de mortalité des complications ulcéreuses est de l'ordre de 10 %.
- Aujourd'hui, le rapport de fréquence UD/UG et le sexe, ratio sont proches de 1.
- L'UD est plus fréquent que l'UG avant 55 ans.
- Environ un tiers des UGD compliqués sont attribuables à la prise d'AINS ou d'aspirine à faible dose. (Dive.C, 1990, P, 3)

II. Ulcère duodéal et ulcère gastrique : la différence**II.1 L'ulcère duodéal :**

Est le plus fréquent, il touche préférentiellement les individus males, et ne présente pas de risque de cancérisation.

II.2 L'ulcère gastrique :

Moins fréquent, touche indistinctement les individus des deux sexes. Il évolue vers un cancer dans 3% des cas. (Larousse médical, 2012, p, 290)

III. Les Causes de l'ulcère gastroduodéal :**III.1 La bactérie Helicobactérie pylorie (HP) :**

La principale cause de l'ulcère gastroduodéal est :

La bactérie Helicobactérie pylorie (HP) : bactérie spiralée, bacille à Gram négatif qui colonise la muqueuse gastrique entraînant une gastrite chronique et évoluant vers l'atrophie.

HP est un facteur favorisant de l'ulcère selon des mécanismes différents suivant qu'il s'agit d'un ulcère duodéal ou gastrique :

- **Ulcère duodéal :**

Gastrite à prédominance antrale, avec hypersécrétion acide par les cellules pariétales fundiques. L'augmentation de l'acidité dans le bulbe entraîne le développement de métaplasie gastrique qui peut être colonisée secondairement par HP. L'ulcère bulbaire se développe sur cette zone métaplasie gastrique.

- **Ulceré gastrique :**

Gastrite chronique atrophique antrale et fundique : pas d'hyperacidité mais faiblesse de la barrière muqueuse responsable de l'ulcère.

L'infection, contractée au cours de l'enfance, se localise dans le mucus tapissant la muqueuse gastrique. La présence du microbe entraîne notamment une sécrétion excessive d'acide chlorhydrique par l'estomac, qui favorise l'ulcération. (Zeitoun, J.D, Chrysostalis,A, Lefevre,J, 2014. P, 38)

III.2 AINS et Aspirine :

Les AINS et l'aspirine inhibent le cyclo-oxygénase (COX), principale enzyme impliquée dans la synthèse de prostaglandines et de la thromboxane A2. Ils en entraînent des érosions et/ou des ulcères gastriques et duodénaux.

Leur toxicité gastroduodénale est due principalement à la diminution de synthèse des prostaglandines qui jouent un rôle important dans le maintien de la barrière muqueuse, mais également à des mécanismes vasculaires. (Zeitoun, J.D, Chrysostalis,A, Lefevre,J, 2014. P, 34)

III.3 Facteurs génétiques :

L'ulcère apparaît comme le résultat d'une interaction entre une composante génétique et des facteurs environnementaux. Une prédisposition héréditaire est suggérée dans beaucoup de cas. Des antécédents d'ulcère chez les parents de sujets ulcéreux sont trouvés avec une plus grande fréquence que dans une population non ulcéreuse

III.4 Facteur de l'environnement :

- Variation de la consommation de sel augmenterait la fréquence d'ulcère
- Forte consommation de café, stimulant la sécrétion d'acide
- Consommation chronique de nicotine, d'alcool et de bière, ce qui fait qu'on trouve une grande fréquence d'ulcère chez les buveurs
- En ce qui concerne les autres boissons, la fréquence des ulcères gastriques et duodénaux, serait plus forte chez les buveurs de sodas et les sujets qui ne consomment pas du lait. Le calcium et les protéines du lait stimulent cependant la sécrétion du chlorhydrique .

III.5 Facteurs psychologiques :**a-Evénement de la vie :**

Tout médecin à partir d'observation personnelle est convaincu du rôle de certains événements dans l'évolution de l'ulcère. Ainsi sans une série de 37 cas étaient franchement entretenus par des tensions familiales, professionnelles ou autres (guerre d'Algérie). Le petit nombre de cas souligne l'inconstance de cette influence, laquelle d'ailleurs n'est pas propre à l'ulcère et se retrouve dans d'autres pathologies. Il est attribué au stress l'augmentation de l'incidence ulcéreuse chez les habitants des pays à mouvements massifs. La prévalence d'UG et d'UD est plus élevée chez les travailleurs à horaires variables que chez ceux à horaire réguliers de jour, elle est plus haute chez les travailleurs soumis à de nombreux stress (travail prolongé, accidents...). Le questionnaire relatif aux événements de la vie a donné des résultats contradictoires, il semble que, plus que l'événement lui-même, ce soit la manière dont il est vécu par l'ulcéreux qui importe. La survenue d'événements inhabituels n'est ni nécessaire ni suffisante pour déclencher un ulcère. Mais de tel événement jouent un rôle chez certains sujets ; leur reconnaissance ou la résolution des problèmes qu'ils ont engendrés seront un moyen thérapeutique pour tenter d'influencer le cycle de la maladie.

b-Personnalité de l'ulcéreux :

L'ulcéreux se caractérise du point de vue de son organisation psychologique par la prédominance d'un système défensif qui s'exprime dans un jeu de bascule entre dépendance / indépendance, activité / passivité. La forme de ce système défensif et son expression dans la vie socio-familiale permettent de distinguer quatre types cliniques psychosomatiques : hyperactif, équilibré, instable, passif. Chez la femme le typage est moins aisé que chez l'homme, le groupe passif est plus important et la désadaptation familiale (époux ou enfant) constante. . (CHE, Dive, 1990, P 15)

IV. Symptômes et signes de l'UGD

- Le symptôme majeur de l'ulcère gastroduodénal est une douleur semblable à une crampe ou à une brûlure, qui peut être très intense. Située dans l'épigastre (partie haute de l'abdomen), Brûlures et douleurs pressantes sous le sternum : en cas d'ulcère gastrique ces douleurs surviennent généralement après les repas ou indépendamment de la prise des repas, pour l'ulcère duodénal les douleurs apparaissent lorsque l'estomac est vide et disparaissent après les repas.

- Des crises douloureuses survenant pendant quelques semaines font place à des périodes plus ou moins longues de rémission. D'autres symptômes, tels que des nausées, des vomissements, un manque d'appétit, peuvent également être associés.
- Nausée
- Perte d'appétit
- Sentiment de replissements
- Intolérance aux produits alimentaires
- Perte de poids
- Douleurs abdominales intenses
- Dans certains cas on trouve un déroulement d'ulcère asymptomatique.
- Des cas de saignement (saignoir ou vomissement du sang)
- Des cas de perforation

V. Diagnostic et évolution

L'endoscope oeso-gastro-duodénal confirme le diagnostic et permet de visualiser l'ulcère, de préciser son siège, de faire des prélèvements de muqueuse afin de vérifier qu'il ne s'agit pas d'un cancer et de chercher le germe HP.

Quelle que soit sa localisation, l'ulcère gastroduodénal évolue vers la chronicité, par poussées successives, aussi longtemps que le germe HP n'a pas été éradiqué, il nécessite une surveillance endoscopique régulière. Les complications des ulcères sont fréquentes, notamment l'hémorragie digestive (hématémèse : émission de sang dans les selles) spontanées ou consécutives à la prise d'aspirine. Ces hémorragies peuvent être importantes et menacer la vie du patient.

Une perforation de l'ulcère peut également survenir, entraînant une péritonite aiguë. Plus rarement, l'ulcère peut, en absence de traitement, provoquer un rétrécissement (sténose) du pylore. (Dive.C, 1990, p, 12)

V.1 Examen clinique

L'interrogatoire permet de préciser l'existence de poussées douloureuses antérieures, la prise d'AINS ou une intoxication tabagique.

L'examen physique est normal en l'absence de complication. Dans les formes pseudo-chirurgicales, la palpation du creux épigastrique peut être douloureuse.

V.2 Endoscopie digestive haute

Elle permet de visualiser le tractus digestif haut jusqu'au deuxième duodénum et de réaliser des biopsies. Elle peut être réalisée sous anesthésie locale pharyngée ou sous anesthésie générale.

Bien que la morbidité (hémorragie, perforation, fausse route) et la mortalité de cet examen soient très faibles, le malade doit en être clairement averti. La preuve de cette information doit être consignée dans le dossier du malade.

L'ulcère apparaît comme une perte de substance :

- creusant.
- de forme généralement ronde ou ovale.
- à fond pseudo-membraneux (blanchâtre), parfois nécrotique (noirâtre).
- à bords réguliers, légèrement surélevés et érythémateux.

➤ **Ulcère gastrique :**

- siège le plus fréquent : antrum, petite courbure ;
- biopsies systématiques sur les berges de l'ulcère en raison du risque de cancer ;
- il faut faire des biopsies des berges selon la taille de l'ulcère : habituellement entre 6 et 12.

➤ **Ulcère duodénal :**

- siège en plein bulbe ou à la pointe du bulbe ;
- en cas d'ulcère post-bulbaire (très rare) évoquer l'exceptionnel syndrome de Zollinger-Ellison ;
- biopsies inutiles (pas de risque néoplasique).

Quelle que soit la localisation de l'ulcère, des biopsies de l'antrum et du fundus doivent être réalisées pour chercher la présence de *H. pylori* et évaluer le degré de gastrite. (Zeitoun, J.D, Chrysostalis, A, Lefevre, J, 2014, p, 35)

V.3 Recherche de *H. pylori*

La recherche d'une infection gastrique à *H. pylori* s'impose devant tout UGD. Elle repose sur des tests réalisés sur des biopsies gastriques et des tests non endoscopiques.

V.4 Tests sur biopsies gastriques

- Examen anatomopathologique sur biopsies antrales et fundiques: c'est l'examen le plus utilisé dans la pratique courante. H. pylori a un aspect morphologique très caractéristique à l'histologie.
- Test rapide à l'urée il permet d'obtenir un résultat immédiat (moins d'une heure). Il consiste à détecter une activité uréasique spécifique d'HP au sein des biopsies. Associé à l'histologie, il améliore la sensibilité diagnostique.
- Culture avec antibiogramme : réservée à des centres spécialisés en cas d'échec de l'éradication.
 - Amplification génique (PCR) : réservée à des centres spécialisés, principalement dans le cadre de la recherche. (Zeitoun, J.D, Chrystostalis, A, Lefevre, J, 2014. P, 32)

V.5. Tests non endoscopiques

- ❖ Test respiratoire à l'urée marquée: test utilisé pour le contrôle d'éradication lorsqu'une endoscopie n'est pas nécessaire (UD).
- ❖ Principe du test respiratoire à l'urée marquée au carbone 13. Chez les patients infectés par H. pylori, l'activité uréasique du germe hydrolyse l'urée en ammonium et CO₂ marqué au 13 C qui est ensuite éliminé par voie respiratoire. L'augmentation du 13CO₂ dans l'air expiré traduit l'infection gastrique à H. pylori
- ❖ Sérologie H. pylori: utile pour établir que le patient est infecté ou a été infecté par H. pylori dans les situations qui réduisent la sensibilité des techniques sur biopsies (traitement récent par inhibiteurs de la pompe à protons ou antibiotique récent, hémorragie, atrophie gastrique).
- ❖ Détection antigénique dans les selles : rarement utilisée.

VI. Diagnostic différentiel**1. Avant l'endoscopie et d'autant plus que les symptômes sont atypiques**

Le diagnostic sera :

- adénocarcinome gastrique ou lymphome gastrique.
- douleur pancréatique ou biliaire.
- insuffisance coronarienne, péricardite.
- ischémie mésentérique.
- douleur vertébrale projetée.

- dyspepsie non ulcéreuse.

2. Au stade endoscopique face à des lésions ulcérées (diagnostic différentiel

Par biopsies)

Le diagnostic sera :

- adénocarcinome gastrique ulcérimforme.
- ulcère gastrique lymphomateux.
- maladie de Crohn gastrique ou duodénale.

3. Ulcères de stress

Ils surviennent chez des patients hospitalisés en réanimation et qui ont au moins une défaillance viscérale. Les principaux facteurs de risque sont l'intubation avec ventilation mécanique pendant plus de 48 heures et l'existence de troubles de coagulation.

Le plus souvent, il ne s'agit pas d'UGD mais d'ulcérations multiples nécrotico-hémorragiques. Ils posent des problèmes spécifiques de prévention et de traitement et sortent du cadre nosologique des UGD. (Zeitoun, J.D, Chryssostalis, A, Lefevre, J, 2014, p, 40)

VII. Complications

1. Hémorragie digestive

Il s'agit de la complication la plus fréquente des UGD, parfois inaugurale représentant 30 à 40 % des hémorragies digestives hautes. Le risque est aggravé par :

- la prise d'AINS, antiagrégants et/ou anticoagulants.
- antécédent d'UGD compliqué ou non compliqué.
- âge > 65 ans.

Il peut s'agir d'une hémorragie à bas bruit à l'origine d'un déficit ferrique qui peut se traduire par une anémie microcytaire à régénérative ferriprive.

Il peut s'agir d'une hémorragie aiguë (hématémèse et/ou méléna) avec des signes cliniques de choc hypovolémique.

L'endoscopie après correction du choc hémodynamique permet d'affirmer l'origine ulcéreuse de l'hémorragie : un geste d'hémostase endoscopique en cas de saignement persistant en jet ou en nappe ou de vaisseau visible ou caillot adhérent. La mortalité est d'environ 10 %.

2. Perforation ulcéreuse

C'est une complication moins fréquente que l'hémorragie. Elle est favorisée par la prise d'AINS. Une corticothérapie peut atténuer les signes cliniques de perforation et retarder le diagnostic. Il peut s'agir d'une perforation en péritoine libre :

- douleur épigastrique intense en « coup de poignard » (à début très brutal ce qui la distingue de la douleur de la pancréatite aiguë), nausées, vomissements.
- signes de choc.
- contracture d'abord épigastrique puis généralisée.
- disparition inconstante de la matité pré-hépatique.
- cul-de-sac de Douglas douloureux au toucher rectal.
- pneumopéritoine sur les radiographies de l'abdomen sans préparation (ASP) (clichés debout avec les coupes et de profil couché), parfois vu seulement sur le scanner abdominal avec une réaction inflammatoire de la région antro-pyloro-bulbaire. En cas d'urgence abdominale, la réalisation d'un ASP est de plus en plus discutable au profit d'un scanner en première intention qui confirme le diagnostic et en précise la cause.
- contre-indication absolue à l'endoscopie. Dans certains cas, la perforation se fait au contact d'un organe de voisinage, notamment le pancréas (ulcère perforé-bouché).
- régression du syndrome douloureux initial.
- pas de pneumopéritoine (possibilité d'un rétro pneumopéritoine visible au mieux sur un scanner).
- évolution possible vers la formation d'un abcès (scanner).

3. Sténose ulcéreuse

- Exceptionnelle.
- Complice les ulcères bulbaires et pré-pyloriques avec une composante fibreuse et une composante inflammatoire.
- Révélée par des vomissements post-prandiaux tardifs.
- Risque de déshydratation et de troubles ioniques : alcalose métabolique avec hypo chlorémie et hypokaliémie. À l'examen : clapotage gastrique à jeun (témoin de la stase gastrique) et ondes péristaltiques.

Après l'évacuation de la stase gastrique par aspiration, le diagnostic de sténose est posé par l'endoscopie éventuellement complétée par un transit baryté. Des biopsies sont nécessaires pour éliminer un cancer ou un lymphome.

4. Transformation cancéreuse

Le risque de transformation cancéreuse sur les berges d'un UG initialement bénin est faible.

La muqueuse à distance de l'UG peut aussi se cancériser en cas d'infection *H. pylori* raison de l'existence d'une gastrite chronique atrophiant multifocale qui est une condition précancéreuse. Ces risques justifient la réalisation de biopsies systématiques sur les berges ulcéreuses et à distance de l'UG.

Les UD ne deviennent jamais cancéreux. (Alexandre. L, 2010, P 35)

VIII. Traitement des UGD non compliqués

Les objectifs du traitement sont la suppression rapide des symptômes, l'acicatrisation et la prévention des récurrences et complications.

VIII.1 UGD associé à *H. pylori***a) Traitement d'éradication de *H. pylori***

L'éradication de *H. pylori* modifie l'histoire naturelle de la maladie ulcéreuse et réduit à moins de 5 % le taux de récurrence à 1 an *versus* 50 à 80 % en l'absence d'éradication.

Le traitement d'éradication de première ligne repose sur une trithérapie d'une semaine associant :

- un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) matin et soir (dose pleine ou demi-dose selon molécule) ;
- deux antibiotiques parmi les suivants selon les contre-indications : amoxicilline (1 g × 2/j), clarithromycine (500 mg × 2/j), métronidazole (500 mg × 2/j). L'administration séquentielle des deux antibiotiques semble plus efficace et pourrait être prochainement intégrée aux recommandations de pratique clinique.

En cas d'UD, le traitement d'éradication seul est suffisant, sauf dans les cas suivants qui justifient 3 à 7 semaines supplémentaires d'IPP à pleine dose :

- poursuite d'un traitement AINS, antiagrégant ou anticoagulant.
- persistance de douleurs épigastriques après la phase initiale.
- UD initialement compliqué en cas d'UG, le traitement d'éradication de 7 jours est systématiquement complété par 3 à 7 semaines supplémentaires d'IPP à pleine dose.

b) Surveillance

L'échec du traitement d'éradication de première ligne est estimé en France à 30 %, ce qui justifie un contrôle systématique. Il est lié à la mauvaise observance du traitement ou à une résistance bactérienne à la clarithromycine ou au métronidazole.

Le contrôle d'éradication est effectué 4 semaines après la fin du traitement IPP et antibiotiques :

- soit par test respiratoire en cas d'UD.
- soit par biopsies gastriques en cas d'UG.

En cas d'UG, le contrôle endoscopique est impératif pour biopsier la zone cicatricielle en raison de la cicatrisation possible d'authentiques cancers ulcéreux.

L'éradication réussie dispense d'un traitement anti-sécrétoire au long cours.

Le risque de réinfection par *H. pylori* est très faible à l'âge adulte.

En cas d'échec d'éradication, un traitement de deuxième ligne est recommandé. Une nouvelle trithérapie peut être proposée sur des bases probabilistes : IPP-amoxicilline-métronidazole pendant 14 jours. Si une culture a été réalisée, le choix des antibiotiques est adapté à l'antibiogramme.

Après un échec de l'éradication malgré plusieurs lignes de traitement, un traitement IPP à demi-dose au long cours est recommandé chez les ulcères duodénaux. (Zeitoun, J.D, Chryssostalis, A, Lefevre, J, 2014. P, 36)

c) Traitement chirurgical

En l'absence de complications, l'indication de la chirurgie est devenue exceptionnelle. Elle se discute en cas de rechutes fréquentes malgré le traitement anti-sécrétoire au long cours ou du fait d'une mauvaise observance médicamenteuse.

En cas d'UD, il faut éliminer formellement un syndrome de Zollinger-Ellison avant d'intervenir. On réalise alors une vagotomie hyper sélective ou vagotomie tronculaire avec antrectomie.

En cas d'UG, l'absence de cicatrisation après 3 à 4 mois de traitement et l'existence de lésions de dysplasie sévère sur les berges doivent faire discuter l'indication chirurgicale en raison du risque de cancer gastrique méconnu. Legeste associe une exérèse de la lésion (gastrectomie partielle ou résection cunéiforme) éventuellement associée à une vagotomie selon la localisation de l'UG.

En cas d'hémorragie ulcéreuse non contrôlée par des techniques d'hémostase endoscopique répétées, un geste chirurgical d'hémostase doit se discuter dans l'urgence.

VIII.2 UGD induits par les AINS

Le traitement par IPP est prescrit pendant 4 semaines (UD) ou 8 semaines (UG). Si le traitement AINS est indispensable, il peut être maintenu sous IPP.

L'aspirine à visée antiagrégante est habituellement poursuivie en raison des risques cardiovasculaires liés à son interruption.

Un traitement d'éradication de *H. pylori* est associé en début de traitement chez les sujets combinant les deux facteurs de risque.

Le contrôle endoscopique de cicatrisation est systématique en cas d'UG. Des biopsies sont faites sur la zone cicatricielle.

Un traitement préventif des complications ulcéreuses est recommandé pendant toute la durée du traitement AINS chez les patients ayant les facteurs de risque suivants

- âge > 65 ans ;
- antécédent d'UGD compliqué ou non compliqué (éradication *H. pylori* le cas échéant).
- association AINS-antiagrégants, AINS-corticoïdes, AINS anticoagulants.

Le traitement préventif repose sur les IPP de préférence au misoprostol dont la tolérance digestive est médiocre. Les COX-2 réduisent le risque de complications mais ne dispensent pas d'un traitement préventif chez les patients à très haut risque (antécédent d'UGD compliqué ou multiplication des facteurs de risque et comorbidités).

VIII. 3 UGD à *H. pylori* négatifs et non liés à la prise d'AINS

Après avoir éliminé un syndrome de Zollinger-Ellison (UD), une maladie de Crohn, un lymphome ou un cancer gastrique, la conduite à tenir est la suivante :

- UD : traitement anti-sécrétoire par IPP pendant 4 semaines puis discussion d'un traitement anti-sécrétoire au long cours par IPP (recommandé en cas de comorbidités sévères).
- UG : traitement anti-sécrétoire par IPP pendant 4 à 8 semaines suivi d'un contrôle endoscopique avec biopsies. En l'absence de cicatrisation, un nouveau traitement est proposé. Au terme de ce traitement, la persistance de l'UG doit faire discuter une intervention. (Zeitoun, J.D, Chryssostalis, A, Lefevre, J, 2014, p, 39).

IX. Traitement des UGD compliqués

La présence ou l'absence d'une infection gastrique à *H. pylorine* modifie en rien la prise en charge immédiate des UGD compliqués. Le problème de l'éradication se pose dans un deuxième temps et selon les modalités décrites précédemment.

1. UGD hémorragique

Le traitement est exposé dans le chapitre sur l'hémorragie digestive.

2. UGD perforé

Le traitement est exposé dans le chapitre sur la péritonite aiguë.

3. Sténose ulcéreuse pyloro-bulbaire

La première étape du traitement est médicale :

- évacuation de la stase gastrique par une sonde nasogastrique.
- perfusion pour corriger les troubles hydro-électrolytiques.
- traitement anti-sécrétoire intraveineux par IPP.

La régression des phénomènes inflammatoires peut permettre une reprise du transit. La prise en charge de l'ulcère bulbaire ou pylorique responsable rejoint alors celle des UGD non compliqués. En cas d'échec du traitement médical :

- traitement endoscopique par dilatation de la sténose au ballonnet avec biopsies dans la zone sténosée.
- traitement chirurgical en cas d'échec endoscopique : antrectomie-vagotomie avec anastomose gastro-jéjunale. (Zeitoun, J.D, Chryssostalis, A, Lefevre, J, 2014, p, 40)

X. Gastrite

X.1 Définition

La définition de la gastrite est histologique : atteinte inflammatoire aiguë ou chronique de la muqueuse de l'estomac. Il n'y a pas de corrélation entre l'atteinte histologique et une symptomatologie fonctionnelle ou un aspect endoscopique. Il est inapproprié de parler de gastrite pour décrire des symptômes ou un aspect endoscopique.

1. L'examen microscopique de biopsies antrales et fundiques permet d'évaluer la nature et le degré des lésions élémentaires de l'épithélium et du chorion ainsi que leur topographie. Ces données histologiques ainsi que le contexte étiologique permettent de classer les gastrites. (<http://fr.wikipedia.org/wiki>, 23/04/2018 à 22h30)

X.2 Gastrites chroniques

Il faut différencier les gastrites chroniques atrophiantes et les gastrites chroniques non atrophiantes. Les gastrites chroniques atrophiantes :

- sont les plus fréquentes.
- exposent au risque de cancer.

A. Gastrites chroniques évoluant vers l'atrophie :**a) Gastrite chronique à H. pylori (type B)**

Elle est très fréquente : 20 à 50 % de la population adulte en France.

Après contamination oro-orale ou féco-orale le plus souvent au cours de l'enfance, l'infection se traduit d'abord par une gastrite aiguë qui évolue ensuite vers la chronicité dans la majorité des cas.

La topographie de la gastrite et son risque évolutif dépendent du statut sécréteur acide du sujet infecté :

- chez le sujet hypersécréteur, développement d'une gastrite antrale avec risque d'UD ;
- chez le sujet hyposécréteur, développement d'une pangastrite (touchant l'ensemble de l'estomac) avec atrophie multifocale et risque d'UG et d'adénocarcinome gastrique.
- beaucoup plus rarement, la gastrite chronique à H. pylori évolue vers le lymphome gastrique du MALT (tissu lymphoïde associé aux muqueuses).

En l'absence de lésion ulcéreuse ou tumorale associée, la gastrite chronique à H. pylori est asymptomatique ou révélée par des troubles dyspeptiques le plus souvent, sans relation avec l'infection gastrique.

Le diagnostic de gastrite chronique à H. pylori repose sur l'endoscopie grâce aux biopsies de l'antrum et du corps qui permettent d'évaluer le degré et la topographie de la gastrite et de mettre en évidence la présence du germe.

Le traitement repose sur l'éradication de H. pylori selon les modalités précédemment décrites.

b) Gastrite chronique auto-immune (type A)

La gastrite chronique est limitée au corps et caractérisée par un infiltrat lymphoplasmocytaire et une atrophie progressive des glandes du fundus. Elle est beaucoup plus rare que la gastrite de type B.

Elle est d'origine auto-immune :

- présence d'anticorps sériques anti-cellules pariétales et antifacteur intrinsèque.
- contexte d'auto-immunité chez le patient et sa famille (diabète type 1, thyroïdite, vitiligo).
- plus fréquente chez la femme de plus de 50 ans.

Au stade d'atrophie fundique sévère, elle se caractérise par :

- une carence en facteur intrinsèque responsable d'une malabsorption de la vitamine B12 entraînant une anémie macrocytaire régénérative (anémie pernicieuse de la maladie de Biermer), une glossite, des signes neurologiques (sclérose combinée de la moelle).
- risque d'adénocarcinome et de tumeurs endocrines du corps gastrique (ECL-omes) justifiant une surveillance endoscopique systématique tous les 3 ans chez les sujets de moins de 70 ans et en bon état général.
- prévention ou correction de la carence en vitamine B12 par l'administration régulière à vie de cette vitamine. (<http://sante-medecine.journaldesfemmes.fr>, 22/04/2018 à 12h00).

B. Gastrites chroniques n'évoluant pas vers l'atrophie

a) Gastrite chronique lymphocytaire

- Présence anormalement élevée de lymphocytes T dans l'épithélium de surface et des cryptes avec un infiltrat inflammatoire dans la muqueuse.
- Le plus souvent asymptomatique.
- Association possible à une maladie cœliaque, mais origine le plus souvent indéterminée.

b) Gastrite granulomateuse

- Présence dans le chorion de granulomes épithélioïdes et géo-cellulaires.
- Causes multiples : maladie de Crohn, sarcoïdose, agent bactérien (tuberculose, syphilis), parasitaire (anisakiase, cryptosporidiose) ou fongique (histoplasmosse, candidose), corps étranger, gastrite granulomateuse dite idiopathique.

c) Gastrite à éosinophiles

- Infiltration à polynucléaires éosinophiles de la paroi gastrique.
- Peut être liée à une parasitose ou à une gastroentérite à éosinophiles.

C. - Gastrites aiguës

1. Gastrite aiguë à H. pylori

Elle fait suite immédiatement à la contamination orale par le germe. Elle est le plus souvent asymptomatique, méconnue, parfois révélée par un tableau non spécifique de douleurs épigastriques, nausées, vomissements. À l'endoscopie, on constate des lésions prédominantes dans l'antre :

Muqueuse érythémateuse, oedématiée, nodulaire avec des lésionspétéchiales, érosives ou ulcéro-nécrotiques.

Diagnostic sur biopsies : présence de *H. pylori*avec inflammation de lamuqueuse riche en polynucléaires neutrophiles.Régression en cas d'éradication.Évolution habituelle vers la chronicité en l'absence de traitement.

2. Gastrite phlegmoneuse

Il s'agit d'une gastrite exceptionnelle.Elle est caractérisée par une infection bactérienne sévère qui se développedans l'épaisseur de la paroi gastrique, le plus souvent chez un sujetimmunodéprimé.

3. Gastrite virale

La gastrite à cytomégalovirus atteint principalement les sujetsimmunodéprimés, exceptionnellement des sujets immunocompétents.

Elle peut être due à d'autres virus (*Herpes simplex virus*) beaucoup plusrarement impliqués.

D. Diagnostic différentiel

Les affections diffuses de la muqueuse gastrique sans infiltrat inflammatoiresortent par définition du champ des gastrites et sont regroupées sous le terme de gastropathies.

1. Gastropathie induite par les AINS

Gastropathie aux aspects histologiques caractéristiques.Les lésions endoscopiques sont très fréquentes, souvent multiples etprédominantes dans l'estomac : pétéchies, érosions, ulcérations et UGD.

2. Gastropathie d'hypertension portale

Diagnostic endoscopique : aspect en mosaïque de la muqueuse fundique,pétéchies et varices cardio-tubérositaires.

3. Gastroraphies hypertrophiques

a) Maladie de Ménétrier

Il s'agit d'une maladie de pathogénie inconnue caractériséehistologiquement par un épaissement majeur de la muqueuse fundique(hyperplasie des cryptes) et endoscopiquement par des plis fundiques géantsd'aspect cérébriforme.Le diagnostic histologique est obtenu par macrobiopsie.

Elle présente un tableau de gastropathie exsudative avec syndromeoedémateux par fuite protidique. (Zeitoun, J.D, Chryssostalis,A, Lefevre,J, 2014. P, 43)

Il peut y avoir un risque de transformation adénocarcinomateuse., Le traitement anti-sécrétoire se fait au long cours et en cas d'échec dans les formes sévères, gastrectomie totale.

b) Gastropathie du syndrome de Zollinger-Ellison

Aspect hypertrophique des plis du fundus lié à l'hyperplasie des glandes fundiques sous l'effet trophique de l'hypergastrinémie d'origine tumorale (gastrinome).

4. Gastropathie radique

Les complications aiguës sont : œdème avec érosions hémorragiques d'évolution habituellement favorable en quelques semaines.

Il peut y avoir des complications chroniques au-delà de 6 mois : ulcérations et télangiectasies souvent hémorragiques dont la nature radique est confirmée par les biopsies.

Les biopsies doivent être multiples pour éliminer une récurrence tumorale.

Conclusion

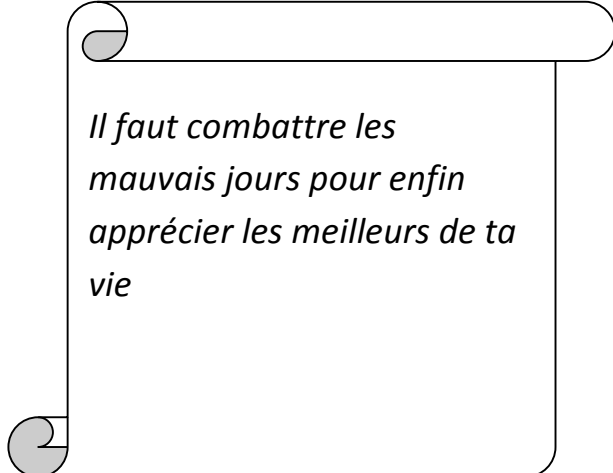
On pensait auparavant que les ulcères pouvaient être augmentés par des facteurs offensifs, à savoir l'acide et la pepsine, mais il est trouvé que 40 à 70% des cas de patients duodénaux présentaient une acidité normale. Suggérant que d'autres facteurs sont également impliqués dans l'ulcérogenèse.

D'où l'intérêt pour les facteurs défensifs, dont le déséquilibre avec les facteurs offensifs peut être la cause des ulcères. la plupart des médicaments anti-sécréteurs réduisent la sécrétion de côté, donnant ainsi un soulagement symptomatique immédiat. Bien que de nouveaux médicaments soient découverts, chaque médicament a ses propres effets secondaires



Chapitre III :

L'hospitalisation



*Il faut combattre les
mauvais jours pour enfin
apprécier les meilleurs de ta
vie*

Préambule

Lorsqu'une maladie grave ou chronique surgit pour une personne, entraînant l'hospitalisation, elle devient instantanément un important facteur de stress psychosocial. Elle modifie les relations du sujet à son entourage, en introduisant discontinuité et décalage dans l'expérience temporelle personnelle du sujet et de sa famille.

L'hospitalisation donne suite à des changements qui affectent la vie du malade, être rompu soudainement avec son quotidien et ses habitudes, avoir de nouvelles interactions qui sont celles avec l'équipe soignante et de nouvelles habitudes et activités. Ces changements constituent l'apparition de certains facteurs de risques sur le plan somato-psychique. Le stress, changement d'humeur, tristesse et le mal être peuvent toutefois influencer et accentuer sur la maladie organique.

I. Définition de l'hôpital

❖ Établissement public ou établissement privé ayant passé certaines conventions avec l'État et où peuvent être admis tous les malades pour y être traités. (Larousse médical, 2012)

❖ Selon l'OMS l'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradient jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche biosociale. (<https://www.universalis.fr>)

II. Définition de l'hospitalisation :

Le terme d'hospitalisation désigne le fait qu'un individu soit admis au sein d'un centre hospitalier. Il devient ainsi le patient d'un hôpital ou d'une clinique. Dans la plupart des cas, le patient est envoyé par son médecin généraliste ou par un spécialiste qui a posé un diagnostic médical nécessitant une prise en charge hospitalière. Il est également possible d'être hospitalisé à la suite d'un passage par le service des urgences. Les modes d'hospitalisation sont nombreux. On peut ainsi citer l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation sans consentement qui concerne les cas psychiatriques ou encore l'hospitalisation à domicile.

(<https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr>)

III. Le vécu de l'hospitalisation :

L'hospitalisation signe l'approche de la mort que ce soit à l'occasion d'un bilan révélateur, l'état de malade est une situation nouvelle dans laquelle l'individu se trouve brusquement confronté avec la douleur, l'impuissance et aussi la mort. S'il est hospitalisé, s'est souvent parce que son cas est grave ou demeure incompréhensible, ce qui amplifie l'angoisse de la mort déjà présente.

Insécurité et solitude sont des sentiments que connaissent tous les patients hospitalisés, particulièrement quand il s'agit d'une première hospitalisation. Le personnel hospitalier a souvent des difficultés à s'imaginer ce que l'expérience de l'hospitalisation représente pour la majorité des patients les procédures d'admissions. L'odeur souvent peu familiale, la vue de personne malade, etc. ne sont sûrement pas susceptible de diminuer l'anxiété déjà créée par l'état du malade. De plus, affairé du personnel qui semble souvent ignoré le nouveau patient, le laisse dans l'incertitude quant à sa situation présente et à son avenir prochain. L'endroit est nouveau pour lui, il ne connaît pas le personnel et doit en plus lui porter sa confiance, il devra parfois s'adapter à son compagnon de chambre, etc. Les efforts d'adaptation, de même que l'impossibilité de toujours confier ses inquiétudes suscite un sentiment de solitude.

Il aurait probablement plusieurs questions à poser, mais elle demeure sans réponse parce qu'il ne sait pas à qui les adresser.

IV. Réaction du malade a l'hospitalisation :

Il est difficile de dissocier les réactions du malade à sa maladie de ses réactions à l'hospitalisation. Ces deux réactions sont intimement liées. Les principales attitudes réactionnelles ou de défense que tout malade est susceptible d'adopter face au traumatisme de la maladie et de l'hospitalisation sont:

IV.1 L'adaptation :

Elle est évidemment la réaction que le soignant souhaite et attend du patient. Nous entendons par l'adaptation, non pas une acceptation passive et une soumission aux contraintes de l'hospitalisation, mais une attitude souple et équilibrée sans pour autant se désorganiser. En fait, il accepte de renoncer à son indépendance, à ses activités habituelles etc. ...

IV .2 La dépression :

Elle est fréquente, la maladie étant vécue comme une atteinte de l'image idéale de soi, l'hospitalisation vient confirmer et aggraver cette blessure. Le sujet fait le deuil de son image de sujet sain. Il éprouve un sentiment de dévalorisation, d'incomplétude auquel peut s'ajouter un sentiment de fatalité avec abandon de tout projet et de souhait et une absence de révolte.

IV .3 La recherche de la passivité et du maternage :

Dans certains cas, la survenue d'une maladie fait réagir l'entourage familial. On s'inquiète de l'état du malade, on lui rend visite. D'une situation d'isolement, le patient passe à une situation de valorisation.

Dans d'autres cas, l'hospitalisation permet au patient de se soustraire à une vie familiale particulièrement frustrante et / ou conflictuelle. Il n'est pas question alors de perdre les privilèges acquis par l'intermédiaire de la maladie et de l'hospitalisation. Même s'il va mieux, le sujet le dissimule. Il tendra de prolonger au maximum son hospitalisation afin de profiter le plus longtemps possible de son statut de personne malade.

IV.4 La formation réactionnelle agressive et projective :

Le malade considère consciemment que la maladie est une attaque vécue de l'extérieure. On lui veut du mal, on l'a mal soigné, soigné, voire ce sont les soins qui sont responsables de ses troubles. Il se plaint du service. Il se plaint du service hôtelier, se plaint d'être dérangé la nuit par tel malade qui gémit, cette réaction qui est bien désagréable pour le personnel soignant constitue souvent une réponse positive dans l'évolution de la maladie. (Pr EH. ADJA et Pr M. TEDJIZA)

V. le déroulement de la consultation d'annonce de la maladie grave :

L'annonce d'une maladie grave est un acte médical important et délicat, dont l'impact émotionnel sur le patient peut être considérable

V.1 L'annonce doit s'adapter a chaque patient en prenant en considération ses caractéristiques individuelles

- Traits de personnalité, structure psychique, mécanismes de défense.
- Histoire personnelle, situation affective et familiale, mode de vie.

- Représentations de la maladie préexistantes, liées à son expérience personnelle ou à celle de ses proches.
- Environnement socioculturel (niveau d'éducation, repères familiaux, religieux, philosophiques, etc.).

V.2 L'annonce doit également répondre à un certain nombre de règles générales

1. Conditions matérielles

Le médecin doit veiller à disposer des conditions appropriées en termes de **calme** et de **confidentialité**.

Il doit aussi se rendre **disponible** pendant un temps suffisant et éviter dans la mesure du possible d'être interrompu durant la consultation.

2. Présence d'un proche

Le médecin doit proposer au patient d'être accompagné par un de ses proches (conjoint, famille, ami, etc.) s'il le souhaite.

3. Climat relationnel

La communication doit s'établir, de la part du médecin, sur un mode empathique et respectueux vis-à-vis du patient

L'entretien doit débuter par des questions ouvertes permettant au médecin d'établir un premier contact avec le patient s'il ne le connaît pas encore, d'évaluer ce que le patient sait déjà et quelles sont ses dispositions psychiques (sérénité, angoisse, détachement apparent, etc.).

Le médecin doit ménager des silences, afin de laisser le temps au malade (et à son entourage) de formuler interrogations, attentes, craintes et espoirs.

Le patient doit être assuré de la continuité des soins qui vont lui être prodigués, c'est-à-dire de sa prise en charge par une équipe " référente " qui le suivra tout au long de sa maladie.

4. Forme du discours

Il est important d'adopter un **langage compréhensible** pour le patient, en choisissant un vocabulaire approprié à son niveau culturel et en faisant l'effort d'éviter les termes trop techniques ou le " jargon " médical.

5. Délivrance des messages

- L'information doit être progressive.
- Il peut être utile de donner un message initial préparant l'annonce proprement dite (" j'ai reçu les résultats de vos examens, je suis assez préoccupé ", " les nouvelles que j'ai reçues ne sont pas bonnes ").
- L'annonce proprement dite ne doit pas être délivrée de façon trop abrupte.
- Au cours de l'entretien, le médecin doit pouvoir entendre l'angoisse de son patient, adapter continuellement son discours aux réactions de celui-ci, et ne pas se soustraire à ses interrogations.
- Sans vouloir minimiser ou annuler la " mauvaise nouvelle ", il est également important d'insister sur les éléments positifs dont on dispose, afin de ne pas ôter tout espoir au patient (fin de l'incertitude, possibilité d'une issue thérapeutique, transparence de l'information, prise en charge par un réseau de soignants).
- Rappelons que les réactions émotionnelles suscitées par l'annonce peuvent affecter la compréhension et l'interprétation de l'information. Il sera souvent nécessaire, par la suite, de répéter ou reformuler ces informations.

VI. La consultation psychosomatique : dimension de la parole du patient

La prise en charge des patients douloureux et/ou psychosomatiques, dont la demande ne s'exprime qu'au niveau somatique en milieu médical. La collaboration entre somaticien et « psy » permet une approche globale de ces patients qui réintroduit le lien psyché-soma ; le psychosomaticien se donne pour principe d'écouter non seulement le contenu de son propos, mais d'être attentif à ses associations, d'apprécier les silences et les tensions qu'elles font éventuellement surgir, et de suivre les efforts du patient pour surmonter les difficultés qu'il rencontre :

- A évoquer certains contenus mentaux
- A faire face à l'écoute du psychosomaticien

On peut décider de s'intéresser à trois dimensions de la parole du patient :

VI.1 Le commentaire :

En général le patient donne une description plus au moins médicalisée de ses maladies, or ce qui nous intéresse ne sont pas ces maladies au tant que telles, que le commentaire dont le patient accompagne son compte rendu : indifférence apparente ou dramatisation dans un climat d'angoisse, relation qu'il a éventuellement repérés entre les poussées évolutives ou le déclenchement des maladies et des situations affectives spécifiques, invocation des erreurs médicales, des mauvais traitement...etc.

A condition d'y prêter l'oreille on se rend compte que les patients pour la plupart, ne raconte pas stricto sensu leur histoire médicale. Il en donne un récit commenté de manière singulière qui en général embarrasse le médecin somaticien et intéresse le psychosomaticien au plus haut point.

Dans le premier temps, le psychosomaticien cherche à repérer l'étiologie spontanée que le patient se fait de son histoire somatique, puis voir si cette histoire est incohérente, si elle est confuse et sans trame, ou si elle est au contraire trop bien ficelée, ces éléments sont fondamentaux autant sur la construction du patient de son roman étio-pathogénique, que la construction faite par l'analyste. L'important c'est le commentaire, sa structure, les interruptions ou les silences de ce commentaire.

VI.2 Le retours sur l'histoire infantile :

Dans le récit, rapporté par le patient, il est d'une importance capitale de repérer si une place est accordée aux parents, à la fratrie, à l'enfance, aux souvenirs, aux relations qui existeraient entre les parents et entre l'enfant et ses parents. Beaucoup de patients qui souffrent d'affections somatiques n'évoquent rien, en première intention, de leur enfance ou de leur adolescence. C'est le signe qu'ils n'ont guère de facilité à circuler dans leur histoire, dans le passé, et qu'ils ont tendance à être capté par l'actuel. Si le roman familial affleure d'emblée, on saura qu'existe une frange névrotique organisée. Dans le cas contraire, il faut s'attendre, quelle que soit par ailleurs la richesse des propos du patient, à trouver des désordres assez graves de la pensée, du fonctionnement du refoulement, et du préconscient.

VI.3 La relation établie par le patient avec le psychosomaticien :

Il est important de repérer comment s'esquissent les premiers mouvements transférentiels, mais surtout il est fondamental d'apprécier la souplesse du patient vis-à-vis de l'investissement qu'il place dans l'analyste, en fonction de l'évolution de l'entretien et en fonction aussi des interventions, des silences ou des ballons d'essai interprétatifs que risque le psychosomaticien, voire en fonction de la pensée non dite de l'analyste, qui lorsqu'elle est « devinée » par le patient, témoigne de sa sensibilité et de l'intérêt qu'il a pour la pensée de l'investigateur. De plus par principe la récit du patient doit être entendu, non seulement comme récit, mais comme parole adressée à l'autre, avec une volonté, consciente ou non, d'agir sur le psychosomaticien. (C. Dejours, article 1989)

Conclusion

Les changements issues par contrainte au sein de l'établissement hospitalier, bascule le mode de vie du malade, les médicaments, douleurs, médecins, deviennent le langage principale du malade, ce qui les affectent négativement sur le plan somatopsychique.



La partie pratique



Chapitre IV :

La méthodologie de la recherche

Préambule

Dans ce chapitre, il s'agit de réunir des outils de différents types et origines et de les assembler de manière à bâtir un raisonnement qui en atteste l'intérêt et la pertinence. Les informations proviennent directement de la situation observée et d'autres sources montrant le choix de notre démarche méthodologique.

Donc, la méthodologie de recherche est « une étape spécifique procédant d'une position théorique et épistémologique, pour la sélection de techniques concrètes de recherche ». Par conséquent, elle dépend des postulats que nous considérons valides, puisque l'action méthodologique est son instrument pour analyser la réalité étudiée.

Ainsi, on commence ce chapitre par la présentation Du déroulement de la pré-enquête menée au sein de l'hôpital public « Ben Merad El Meki » d'AMIZOUR, puis on va présenter la démarche qu'on a utilisée durant notre travail, pour passer ensuite à la présentation de la population de la recherche, ainsi que le lieu, vers la fin de ce chapitre, on va citer les outils utilisés dans notre étude.

I. La démarche de la recherche**I.1 Le déroulement de la pré-enquête**

La pré-enquête est une phase primordiale qui nous a permis d'étoffer notre recherche, elle est faite sous forme d'investigation préliminaire dont son but est de fixer une meilleure connaissance sur des causes et d'objectifs précis aussi bien finaux que partiels, que nous aurons réalisé pour vérifier nos hypothèses.

Avec le consentement verbal des patients concernés à participer dans notre recherche, on a pu assister à plusieurs séances d'observation, pour ensuite formuler notre guide d'entretien qui est constitué de 4 axes.

I.2 La méthode utilisée :

On a opté pour la méthode clinique qui est la plus adaptée pour notre thème de recherche « la dépression chez les personnes hospitalisées atteintes d'ulcère gastrique ».

La méthode clinique suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite. Les techniques utilisées sont l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'analyse de textes écrits,

l'observation, le recueil des informations pouvant faire l'objet de différents types de traitement (analyse de contenu, analyse « psychopathologique », analyse de l'énonciation...) permettant de faire apparaître les éléments saillants concernant l'individu ou le phénomène en question. Les méthodes cliniques visent moins un résultat précis qu'un faisceau d'éléments dont les interrelations doivent être analysées. Elles se distinguent en cela des méthodes qui impliquent un protocole précis et intangible subordonnant la validité du résultat au suivi rigoureux de ce protocole

II. Le groupe d'étude :

Notre population d'étude porte sur les personnes atteintes d'ulcère gastrique qui sont hospitalisées au niveau de l'hôpital « Ben Mrad El meki » à boukhalfa amizour.

Cet échantillon d'étude est constitué de quatre (4) patients de différents âges

On a fait des entretiens avec eux et on leur a fait passé l'inventaire de dépression de Beck dans une seule séance pour mesurer le niveau de dépression chez eux, ainsi confirmer ou infirmer nos hypothèses.

Tableau récapitulatif des cas :

Cas	Age	Lieu de résidence	Situation matrimoniale	Situation professionnelle	Niveau d'instruction	Année de début de la maladie	Causes
Tufail	50ans	kendira	Marié	agriculteur	Niveau primaire	2017	
Achraf	60ans	amizour	Marié	agriculteur	Illettré	2005	Conflit familiale
Jihad	40ans	elkseur	Marié	Chauffeur de taxi	Illettré	2015	
Nidhal	67ans	Timezrit	marié	Commerçant	illettré	2013	Dispute entre ses belles filles

Par respect, on a du changé les noms de nos cas et on leur a donné des pseudonymes qui les qualifient.

Aussi, comme la plus part d'entre eux sont illettrés, on a du traduire leur discours kabyle en français.

III. La description du lieu la recherche

Le plus important pour toute recherche scientifique est le terrain La source de données et d'informations de base pour le mémoire. Notre recherche est faite au CHU BENMERAD EL MEKKI d'Amizour qui est définit comme suite :

L'Établissement Public Hospitalier d'Amizour, baptisé « Hôpital BENMERAD EL MEKKI », est crée suite à la nouvelle carte sanitaire mise en application en 2007 (date d'ouverture remonte à 1992).

Implanté à 24 km au sud du chef lieu de la wilaya de Bejaia. Sa capacité d'accueil est de 200 lits techniques, la population couverte s'élève à environ 160.000 habitants issus des huit communes de l'ex secteur sanitaire d'Amizour ainsi que la population relevant des communes ,des wilayas limitrophes.(Sétif, Bouira..).

L'hôpital est composé d'un plateau technique et des services d'hospitalisation.

1- Plateau technique comprend :

- Le Pavillon des urgences médico-chirurgicales (20 lits organisés)
- Le Bloc Opératoire (04 salles Opératoires)
- Réanimation chirurgicale : 05 lits
- Deux salles de Radiologie.
- Un Laboratoire d'analyse médicale
- D'une Pharmacie centrale.
- Une Banque de sang
- Un Bureau des entrées

1- Services d'hospitalisation :

Service	Nbre de lits Unité	Unité
Chirurgie Générale	60	01-Hospitalisation Hommes 02- Hospitalisation Femmes
Gynécologie Obstétrique	30	01-Gynécologie 02- Obstétrique
Médecine interne	56	01-Hospitalisation Hommes

		02 - Hospitalisation Femmes
Oncologie Médicale	12	01-Hospitalisation 02- Consultations
Pédiatrie	22	01-Pédiatrie 02- Néonatalogie
Urgences Médicochirurgicales	20	01-Accueil, Tris et mise en observation 02- Réanimation

Outre les services sus cités, l'hôpital dispose d'un service d'épidémiologie et d'un service de médecine de travail.

Notre recherche s'est effectuée au niveau du service de la médecine interne qui est composé de :

- 20 chambres, dix au coté homme et dix au coté femme, dont le membre de lis est 56
- Une pharmacie qui répond au besoin du service sur le plan médicamenteux
- Bureau des médecins
- Salle de réunion
- Salle de radiologie

Et comprend :

- Trois médecins généralistes
- Un médecin interne
- Deux pneumologues (convention)
- Un neurologue
- Un nutritionniste
- Psychologue
- Trois infirmiers de chaque coté femme te homme
- Equipe de nuit qui contient deux infirmiers de chaque coté
- Deux surveillants médicaux

Nombre de lis dans le service de médecine interne est de 56

IV. Le déroulement de la recherche

A la fin de notre pré-enquête on a pu formuler notre guide d'entretien avec notre encadreur, par la suite on a choisi comme test psychologique, l'échelle de Beck (BDI.II) qu'on va appliquer sur nos 4 cas.

IV.1 Guide d'entretien

Un guide d'entretien est parmi les principales techniques de recueil d'information de l'enquête. C'est un ensemble de questions posées de façon orale ou écrite. Il doit être fait de façon objective ou rigoureuse. Cet instrument est utile pour obtenir rapidement des informations précises auprès de plusieurs individus. Le questionnaire est administré à un groupe d'individus pour avoir, dans le cadre d'une recherche en psychologie, une connaissance approfondie de l'individu concernant un sujet donné, biographie, vécus, événement, représentations, histoire personnelle, souvenirs,... etc. (François, B, Andrée, L, p, 58)

Le guide d'entretien qu'on a élaboré contient quatre (4) axes dont chacun est composé de questions qui nous permettent d'avoir des informations a propos de notre thème de recherche.

Le guide se présente comme suite :

Nom :..... Prénom :..... Sexe :.....

1er axe : les données personnelles :

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quel est votre niveau d'instruction ?
3. Quel est votre situation matrimoniale ?
4. Quel est votre situation professionnelle ?
5. Ou habitez-vous ?
6. Avec qui êtes-vous plus proche au sein de votre famille ou votre entourage ?

2eme axe : la vie a l'hôpital :

1. Êtes-vous déjà été hospitalisé (e) ? quand ? pour quelle raison ?
2. Depuis quand êtes vous hospitalisé (e) dans cet hôpital ?
3. Recevez-vous des visites ?
4. Comment vous sentez vous au sein de cet hôpital ?
5. Êtes-vous bien pris en charge au sein de l'équipe soignante ?
6. Comment sont vos relation avec les malades qui vous partagez la même chambre ?
7. Avec quoi arrivez-vous à vous distraire ?

3eme axe : la santé physique :**I /**

1. Avez-vous déjà souffert d'autres maladies gastriques ? si c'est oui lesquelles ?
2. Prenez vous d'autres traitements appart ceux destinés à votre maladie d'ulcère ?
3. Vous les prenez régulièrement ? ou ca vous arrive de les oublier ?
4. Arrivez-vous à vous prendre en charge ? ou vous dépendez de quelqu'un d'autre ?
5. Suivez-vous votre régime alimentaire ?

II /

6. Avez-vous des éructions (rots) ?
7. Avez-vous des ballonnements ?
8. Avez-vous des saignements ? dans les selles ou dans les vomissements ?
9. Ressentez vous des douleurs ? si oui, est ce que ca vient après le repas ou c'est intermédiaire ?
10. Fumez-vous ? consommez-vous de l'alcool ?
11. Avez-vous quelqu'un de votre famille déjà atteint de cette maladie ?

4 éme axe : la santé mentale :

1. Sentez-vous du changement dans votre comportement après l'annonce de votre maladie à ce jour ?
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?
3. Êtes vous souvent préoccupé (e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?
4. Préférez-vous rester seul (e) ?
5. L'avenir vous inquiète-t-il ?

6. Êtes-vous désespéré (e) de votre situation actuelle ?

IV.2 échelle de Beck :

IV.2.1 Définition

Le Questionnaire de Dépression de Beck (QDB) fait l'objet d'une utilisation courante en recherche et en milieu clinique. Cette étude présente les résultats des différentes mesures de fidélité et de validité. La décision d'utiliser un résultat de division plus bas ou plus élevé est discutée. L'étude aborde également la question de l'utilité du QDB comme mesure d'auto-évaluation des sentiments dépressifs auprès de cette population.

La validité concomitante de cet inventaire avec d'autres instruments de mesure de la dépression est élevée et sa validité discriminante est également admise. Dans les études ayant insisté sur la validité de structure, trois facteurs reviennent régulièrement: des attitudes négatives envers soi, des difficultés de performance et des plaintes somatiques. Des critiques ont cependant été formulées sur sa validité de contenu.

La version française du BDI, soit le Questionnaire de Dépression de Beck (QDB), a été utilisée comme mesure d'intensité des sentiments dépressifs. Le QDB comprend 21 items décrivant divers symptômes associés au sentiment dépressif: la dysphorie, le découragement, le sentiment d'échec, l'insatisfaction, la culpabilité, le sentiment de punition, l'autodépréciation, l'auto-accusation, l'idéation suicidaire, les pleurs, l'irritabilité, le retrait social, l'indécision, l'image corporel, l'inhibition pour le travail, les troubles du sommeil, la fatigabilité, la perte d'appétit, la perte de poids, les préoccupations somatiques et finalement la perte de libido. Les items se présentent sous la forme de quatre propositions parmi lesquelles le sujet doit faire un choix. Des scores variant de 0 (absence de symptôme) à 3 (symptôme présent de façon intensive) sont attribués à chaque proposition selon le degré de gravité du symptôme. La sommation des items varie entre 0 et 63¹

Avant la passation on lui fait la remarque de ne choisir qu'un seul énoncé, en cas de multiples réponses on prend l'indice le plus élevé.

¹Questionnaire de Dépression de Beck Etude psychométrique auprès d'une population , Jean Vézina et Philippe Landreville
Université Laval Paul Bourque et Louis Blanchard Université de Moncton

Au niveau de l'interprétation, chaque item du BDI-II étant un symptôme, il est important de prendre en compte et la note globale et les contenus spécifiques des items et surtout ceux des items relatifs au suicide (à savoir les items 2 et 9) où des scores élevés peuvent aboutir à un accroissement du risque suicidaire et nécessite une évaluation du risque suicidaire chez le sujet. On ne doit pas non plus négliger les items relatifs au suicide que sont les troubles somatiques (modification dans les habitudes de sommeil, de l'appétit, de l'intérêt pour le sexe,...) car certains patients suicidaires ne verbaliseront pas leurs pensées suicidaire (répondent pas honnêtement aux items 2 et 9) mais vont la somatiser et auront un niveau élevé aux items somatiques.

IV.2.2 Consigne :

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit, le mieux comment vous vous êtes senti (e) aux cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encercler alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncé, 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).

Les items :

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 (se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

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

1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à 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 Échecs 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 dû.

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

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

4 Perte 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 habituellement.

5 Sentiment 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 dû 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 mes défauts.

3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

0 Je ne pense pas du tout à me suicider.

1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai 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 ne 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 quoique ce soit.

13 Indécision

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

14 Dévalorisation

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

15 Perte d'énergie

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

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.

1b Je dors un peu moins que d'habitude.

2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.

2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.

3c Je dors presque toute la journée.

3c Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.

1 Je suis plus irritable que d'habitude.

2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.

3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

0 Mon appétit n'a pas changé.

1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.

1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.

2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

3a Je n'ai pas d'appétit du tout.

3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.

1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.

2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.

3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.

1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.

2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.

3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.

1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.

2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.

3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

IV .3.3 Cotation

Les scores vont variés de 0 à 63, il faut faire attention dans le calcul aux niveaux 16 et 18 qui ont 7 propositions. On fait attention au sens des réponses, d'une perte ou d'une augmentation.

Pour la version française Beck propose une catégorisation :

- de 0 à 11 : absence ou très peu de symptôme dépressif
- de 12 à 19 : dépression légère
- de 20 à 27 : dépression modérée
- de 28 à 63 : dépression sévère

Conclusion :

La clinique psychologiques et sa méthodologie supposent dans le moment où elles s'exercent, une soumission aux faits tels qu'ils apparaissent et un renoncement momentané aux théories, aux grands systèmes de pensée qui fournisse toujours une interprétation du réel et ont comme effet de ne permettre de voir que ce que la théorie considère comme sa vérité. La clinique implique que l'on soit capable de voir, de reconnaître des phénomènes, mais aussi de les situer dans leur contexte d'apparition, c'est-à-dire dans la relation entre deux personnes.



Chapitre V :

*La présentation, l'analyse des cas et
la discussion des hypothèses*

Préambule :

Dans ce chapitre, nous allons passer la présentation et l'analyse des résultats de l'entretien clinique et l'échelle de BECK, a fin de vérifier des hypothèses qu'on a mit au début de notre travail.

I-Présentation des cas, analyse des entretiens, et de l'échelle de la dépression de BECK (BDI II) :

❖ Cas N°1

1. présentation et analyse de l'entretien :

A- Présentation de cas Tufail:

« Tufail » est un homme de 50ans de Kendira, marié, père de deux enfants. Brun aux yeux clairs, mal vêtu d'un niveau d'étude primaire, c'est un agriculteur. des notre première vue on a l'impression qu'il est souffrant, c'est un patient d'un abord désagréable, qui ne sourit pas, il répondait qu'aux questions qu'on lui posait d'une façon très brève en prenant beaucoup de temps, on dirait que même pour parler il fournissait beaucoup d'effort ; il ne nous regardait pas quand on lui parlait et quand il nous répondait. Il est,

B-Résumé de l'analyse de l'entretien :

Tufail est souffrant de l'ulcère gastrique depuis 1 année, d'un diabète sévère depuis 10ans qui a nécessité une amputation du pied gauche et amputation de trois orteils du pied droit, d'une anémie et une hanche cassée depuis quelques jours qui malheureusement ne peut être traitée pour des raisons médicales. Il trouve beaucoup de difficulté pour son régime alimentaire qui doit suivre pour sa maladie ulcéreuse et pour son anémie.

Il a été hospitalisé 2 fois pour son diabète d'un séjour dépassants les 15 jours, a présent hospitalisé pour 10 jours, il na jamais eu de communication avec son compagnon de chambre, il dépend de sa femme car étant handicapé il ne peut se prendre en charge, c'est un patient qui ne suit pas son régime alimentaire.

Chapitre V : la Présentation, l'analyse des résultats et discussion des hypothèses

Sa maladie gastrique le rend très tendu, par les conséquences qu'elle lui provoque : éructation, ballonnement, saignements (vomissement et selles) ainsi que les douleurs intermittentes pendant la journée.

« Tufail » est souffrant depuis 10 ans par la succession de ses maladies, diabète, amputation des pieds, anémie et l'ulcère gastrique.

Notre sujet a difficilement accepté ses maladies, il a ressenti des changements dans son comportement après l'annonce de sa maladie gastrique à ce jour, il nous dit : *« au moment où on m'a annoncé cette maladie maudite, je n'ai prononcé aucun mot je me mettais qu'à pleurer et je n'ai accepté pas que quelqu'un me parle, et jusqu'à maintenant j'évite toute communication, même avec ma femme, et tout contact avec les autres. »*

La vie de notre patient selon lui était belle, son travail dans sa ferme et avec ses animaux était une passion, il était satisfait et content par ce qu'il avait, il nous décrit que : *« J'étais content d'avoir ma petite ferme et mes animaux, c'est par eux que j'arrivais à me nourrir, et c'est le seul endroit où je me sentais bien et au calme sans dérangement, je travaillais seul avec ma femme, même quand j'étais en chaise roulante ; mais maintenant avec les douleurs de mon estomac, j'ai renoncé à toutes mes activités ».*

Notre sujet a perdu beaucoup d'espoir depuis sa maladie gastrique, il a subi un deuxième choc après l'amputation de ses pieds il nous dit : *« pour tant c'est avec l'amputation de mes pieds que je devais être désespéré, mais cette maladie me laisse sans issue, je perds tout espoir, je vois rien de beau et je ne sers à rien. »*

2-présentation et analyse de l'échelle de la dépression BECK (BDI II) :

A- la présentation des résultats de l'échelle de cas de « Tufail » :

N°d'item	items	cotation	expression
01	tristesse	3	je suis si triste ou si malheureux 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	échecs dans la	0	je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie,

Chapitre V : la Présentation, l'analyse des résultats et discussion des hypothèses

	passé		d'être un raté
04	pertes de plaisir	1	je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
05	sentiments de culpabilité	3	je me sens tout le temps coupable
06	sentiments d'être puni	3	j'ai le sentiment d'être puni
07	sentiments négatifs envers soi-même	1	j'ai perdu confiance en moi
08	attitudes critiques envers soi	1	je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
09	pensées ou désirs 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	2	je suis si agité ou tendu que j'ai du mal à rester tranquille
12	perte d'intérêt	2	je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses
13	indécisions	0	je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
14	dévalorisation	2	je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
15	pertes d'énergie	1	j'ai moins d'énergie qu'avant
16	modifications dans les habitudes de sommeil	1b	je dors un peu moins que d'habitude

17	irritabilités	2	je suis beaucoup plus irritable que d'habitude
18	modifications de l'appétit	2a	j'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude
19	difficulté à se concentrer	0	je parviens a me concentrer toujours qu'avant
20	fatigue	2	je suis trop fatigué pour faire un grand nombre des choses que je faisais avant
21	pertes d'intérêt pour le sexe	1	le sexe m'intéresse moins qu'avant
Score		33	
Degré de dépression		dépression sévère	

B- L'analyse des résultats de l'échelle de Beck du cas

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de **BECK BDI-II**. Notre patient a mis 34' min pour répondre aux questions de l'échelle.

Selon le manuel **BDI-II** de **BECK**, d'un score de 33, selon les notes de seuil de **BDI-II**, il manifeste une dépression sévère,

L'analyse des résultats de l'échelle de **BECK BDI-II** a révélé que notre patient a **(3)** réponses de degré **(0)** dans **les items suivants** : **l'item N 03** sur l'échec dans le passé, **item(13)** sur l'indécision et **l'item(19)** sur les difficultés a ce concentrer.

Puis, il a obtenu **(7)** réponses de degré de **(1)** dans **les items suivants** : perte de plaisir, sentiments négatif envers soi même, attitude critique envers soi, pensées ou désirs de suicide, perte d'énergie, modifications dans les habitudes de sommeil et perte d'intérêt pour le sexe.

Pour le degré **(2)**, il a obtenu aussi **(7)** réponses dans **les items suivants** : pleurs, agitation, perte d'intérêt, dévalorisation, irritabilité, modification de l'appétit et fatigue.

Et pour finir avec le degré **(3)**, on trouve **(4)** réponse dans **les items suivants** : tristesse, pessimisme, sentiment de culpabilité et le sentiment d'être puni. Ce qui est un nombre très important pour dire que le sujet est sérieusement prolongé dans le désespoir et la culpabilité.

Synthèse du cas :

En conclusion de l'analyse de l'entretien, on constate que Mr « **Tufail** » présente quelques signes de dépression, ensuite on a constaté dans l'analyse de l'échelle de **BECK**, qu'il souffre d'une dépression sévère présentée par les symptômes suivants : tristesse, pessimisme, sentiment de culpabilité, idées suicidaires, perte d'intérêt, agitation et irritabilité.

❖ Cas N°2

1. Présentation et analyse de l'entretien :

A- Présentation du cas Mr Achraf :

Mr Achraf est un homme âgé de 60 ans d'Amizour. Il souffre d'ulcère gastrique depuis 13 ans. Marié et a trois (3) enfants, travaille comme agriculteur depuis l'enfance et n'a jamais fait d'études. Il a les yeux noisette, peau mate, cheveux poire et sel et de taille moyenne. Il nous a accueilli avec joie, c'est quelqu'un de désinhibé, analphabète mais cultivé et a envie de nous parler.

B- Résumé de l'analyse de l'entretien :

Mr Achraf est le seule membre de sa famille qui est atteint d'ulcère gastrique, il est hospitalisé d'un séjour de six (6) pour saignement dans le vomi et les selles. A part cette fois ci, il a déjà été hospitalisé a cause de cet ulcère deux fois. La première c'était en 2008 d'un séjour de 2 jours pour des maux aigus au niveau de l'estomac, et la deuxième d'un séjour de 10 jours pour vomissement de sang ce qui lui a nécessité un régime alimentaire draconien. Mais avant ca, il a été hospitalisé une fois à cause de la pneumonie et 4 fois a cause d'une paraplégie temporaire au niveau des jambes, qui est due au verglas quand il travaillait de beau matin dans ses champs.

A l'hôpital il recevait plaines de visites et il y'en a même ceux qui n'avez jamais attendu de venir.

Mr Achraf nous a fait part de beaucoup de choses et d'événements de sa vie, il nous a parler de sa femme, de ses enfants, de la nature de son travail, de ses patiences, et nous a parler aussi beaucoup de la religion vu qu'il est croyant et nous a dit qu'il se retrouve grâce a elle *« j'ai subit beaucoup de violence a mon enfance pendant la guerre et ce n'est pas quelque chose de facile a en passer et c'est grâce aux normes et aux valeurs de la religion*

que je me retrouves », Et même l'innocemment de la maladie n'était pas vraiment décevante pour lui car il pense que tout ce qui lui arrive est destiné avant même qu'il soit né« *dieu est omnipotent et compétent et nos vies sont dans ses mains on y peut rien mais alhamdoulillah pour tout »*

La maladie de l'ulcère gastrique a débuté chez lui aux environs des années 2004 2005, et Selon lui, elle s'est déclenché a cause d'un grand problème qui s'est passé entre sa mère et son oncle « *a cette époque la j'avais vraiment souffert, il y avait des problèmes sans arrêt entre ma mère et mon oncle, il la méprisait sans raison...ca me torture d'y penser ...déjà a cause de ca j'ai atteint cette maladie »* (se met a pleure et nous a demandé de garder secret si son nom sera dévoilé)

2. Présentation et analyse de l'échelle de la dépression BECK (BDI-II):

A- La présentation des résultats de l'échelle du cas :

N°d'item	items	cotation	expression
01	tristesse	0	Je ne me sens pas triste
02	pessimisme	0	Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir
03	échecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
04	pertes de plaisir	0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
05	sentiments de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
06	sentiments d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
07	sentiments négatifs envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
08	attitudes critiques envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
09	pensées ou désirs de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.

Chapitre V : la Présentation, l'analyse des résultats et discussion des hypothèses

10	pleurs	1	Je pleure plus qu'avant
11	agitation	0	Je ne suis pas 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	indécisions	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
14	dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
15	pertes d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
16	modifications dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude.
17	irritabilités	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
18	modifications de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé.
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	pertes d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
Score		12	
Degré de dépression		Dépression légère	

B- L'analyse des résultats de l'échelle de Beck du cas:

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de **BECK BDI-II**. Mr Achrafa mis 45 min pour répondre aux questions de l'échelle.

Il manifeste une dépression légère selon le manuel **BDI-II** de **BECK**, d'un score de **12**, selon les notes de seuil de **BDI-II**.

L'analyse des résultats de l'échelle de **BECK BDI-II** a révélé que notre patienta (**13**) réponses de degré (**0**) dans **les items suivants** : l'**item N°1** sur la tristesse, l'**item N°2** sur le pessimisme, l'**item N°3** sur l'échec dans le passé, l'**item N°4** sur la perte de plaisir, l'**item N°5** sur le sentiment de culpabilité, l'**item N°6** sur le sentiment d'être puni, l'**item N°7** sur le sentiment négatif envers soi-même, l'**item N°8** sur l'attitude critique envers soi, l'**item N°9** sur pensées ou désir de suicide, l'**item N°11** sur l'agitation l'**item N°12** sur la perte d'intérêt, l'**item N°17** sur l'irritabilité et l'**item N°18** sur la modification de l'appétit.

Ensuite pour le degré (**1**) il a eu (**5**) réponses dans **les items suivantes** : l'**item N°10** sur les pleurs, l'**item N°13** sur l'indécision, l'**item N°14** sur l'agitation, l'**item N°16** sur les modifications dans les habitudes de sommeil et l'**item N°21** sur les pertes d'intérêt pour le sexe.

Puis pour le degré (**2**) il a obtenu (**2**) réponses dans les items suivantes : l'**item N°15** sur la perte d'énergie et l'**item N°19** sur la difficulté à se concentrer.

Et en dernier, pour le degré (**3**), on trouve qu'une seule réponse dans l'**item N°20** sur la fatigue.

Synthèse du cas :

Au final de l'analyse de l'entretien et de l'échelle de Beck on remarque que notre sujet a une dépression légère d'un score de (**12**) qui se situe entre (**12-19**) vu que la majorité de réponses sont situées entre les degrés (**1**) et (**0**).

La dépression de Mr Achraf se focalise sur le sentiment de fatigue et la difficulté de concentration.

❖ **Cas N°3**

1. Présentation et analyse de l'entretien :

A- Présentation du cas Jihad:

Jihad est un homme âgé de 40 ans d'ELKSEUR, marié, père de 2 enfants souffre d'un ulcère gastrique depuis 3 ans. Notre sujet n'est pas instruit, c'est un chauffeur de taxi, il est de taille moyenne aux yeux clairs, c'est une personne très calme.

Mr Jihad vie avec sa femme et ses. Enfants, c'est lui le seul membre malade de sa famille.

B-résumé de l'analyse de l'entretien :

Sa avait commencé a l'âge de 37 ans, quand notre sujet a souffert de l'ulcère gastrique il dit : « *a cet âge la je n'imaginai être atteint d'aucune maladie, mais je supportais mieux* »

Notre sujet a déjà était hospitalisé 4 fois, cette dernière hospitalisation est de 10 jours, il reçoit beaucoup de visite, Mr Jihad dit: « *l'aggravation de ma maladie et mes 5 hospitalisations successive me rende de plus en plus pessimiste, cette situation m'ennui et me dégoûte, je supporte plusieurs fois mes douleurs, seulement pour ne pas être hospitalisé* »

Notre patient n'a souffert d'aucune autre maladie appart la maladie gastrique, dont il arrive à se prendre en charge et ne dépend de personne, malgré ses souffrances .il nous décrit son état par : « *malgré les douleurs, vomissements, ballonnement et éructations, je ne veux dépendre de personne, je ne veux pas que ma femme me voit comme un incapable et que mes enfants aient peur.*»

Jihad a l'innocement de sa maladie, il n'avait pas compris quelle conséquence et risque qu'il pouvait avoir, mais avec le temps il a du renoncé a un certains nombre de ses activité et il est désespère de sa situation présente il dit « *maintenant je réalise a quel point cette maladie peut me bloquer, j'ai arrêté mon sport, et je pense sans cesse a comment mes enfants arriveront a se nourrir si ma maladie s'aggrave encore plus, je préfère rester au coin seul, beaucoup de fois dans mon taxi juste pour réfléchir a cela* ».

La maladie de l'ulcère gastrique désespère de plus en plus notre patient et le mène vers le désespoir.

2-présentation et analyse de l'échelle de la dépression BECK (BDI-II):

A- La présentation des résultats de l'échelle de cas jihad :

N° d'item	Items	cotation	expression
01	tristesse	1	je me sens tres souvent triste
02	pessimisme	2	je ne m'attends pas a ce que les choses s'arrange pour moi.
03	échecs dans le passé	0	je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie d'être un raté
04	pertes de plaisir	1	je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
05	sentiments de culpabilité	1	je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais du faire.
06	sentiments d'être puni	0	je n'ai pas le sentiment d'etre puni
07	sentiments négatifs envers soi-même	1	j'ai plus confiance en moi
08	attitudes critiques envers soi	0	je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus d'habitude
09	pensées ou désirs de suicide	0	je ne pense pas du tout a me suicider
10	pleurs	1	je pleurs plus qu'avant
11	agitation	1	je me sens plus agité ou plus tendu que d'habitude
12	perte d'intérêt	2	je ne m'intéresse presque plus au gens et aux choses
13	indécisions	0	je prends de décision toujours aussi bien

			qu'avant
14	dévalorisation	0	je pense être quelqu'un de valable
15	pertes d'énergie	1	j'ai moins d'énergie qu'avant
16	modifications dans les habitudes de sommeil	3b	je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir
17	irritabilités	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude
18	modifications de l'appétit	2a	J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude
19	difficulté à se concentrer	0	je parviens à me concentrer toujours
20	fatigue	1	je me fatigue plus facilement que d'habitude
21	pertes d'intérêt pour le sexe	0	je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
Score		19	
Degré de dépression		Dépression légère	

B- L'analyse des résultats de l'échelle de Beck de cas Jihad :

Lors de la passation de **BECK BDI-II**, Mr Jihad a mit 25 mn pour répondre aux questions de l'échelle.

Ce patient manifeste une dépression légère. Selon le manuel **BDI-II** de **BECK**, d'un score de **19**, selon les notes de seuil de **BDI-II**.

L'analyse des résultats de l'échelle de **BECK-II** a révélé que notre patient a **(8)** réponses de degré de **(0)** dans les items suivants : **item N03** sur l'échec dans le passé, **item N06** sur le sentiment d'être puni, **item N08** sur l'attitude critique envers soi, **item N09** sur les pensées ou désirs de suicide, **item N13** et **N14** sur l'indécision et la dévalorisation, **item N19** sur la difficulté à se concentrer et à l'**item N21** sur la perte d'intérêt pour le sexe.

Puis, il a obtenu aussi (8) réponses de degré de (1) dans les items suivant : tristesse, perte de plaisir et d'intérêt, sentiment de culpabilité, sentiments négatifs envers soi même, pleurs, agitations, perte d'énergie et fatigue.

Pour le degré (2), il a obtenu (4) réponses dans les items suivants : **item N2** pessimisme, **item N12** perte d'intérêt, **item N17** irritabilité et **item N18** modification de l'appétit.

Et enfin pour le degré (3), il ya une réponse dans l'**item N 16** sur les modifications dans les habitudes de sommeil.

Synthèse du cas :

En conclusion de l'analyse de l'entretien on a remarqué que Mr Jihad présente quelques signes de dépression, ensuite on a constaté avec l'analyse de l'échelle de BECK, qu'il souffre d'une dépression modérée présente par les symptômes suivants : tristesse, perte d'intérêt, sentiments négatifs envers soi même et modifications dans les habitudes de sommeil.

❖ Cas N°4

1. Présentation et analyse de l'entretien

A- présentation du cas Mr Nidhal

Mr Nidhal est un homme âgé de 67 ans vient de Timezrit, souffrant d'ulcère gastrique depuis 5 ans. Il s'est remarié 3 fois et a 9 enfants dont 5 garçons et 4 filles. C'est un commerçant retraité et n'a jamais fais d'études. Il est long de taille, obèse, cheveux blanc, yeux marron et bien habillé.

Il s'est montré ambitieux durant l'entretien et nous parle avec abondance.

B- Résumé de l'analyse de l'entretien :

Notre patient est le seul membre de sa famille atteint d'ulcère. Non seulement il suit un traitement pour son ulcère mais aussi en suit un pour son diabète de type 1 et un autre pour excès de cholestérol dans son sang et a été déjà hospitalisé plusieurs fois.

Il à découvert sa maladie d'ulcère durant une dispute qui s'est déroulée entre ses belles filles, *« j'ai entendu mes belles filles se disputaient devant ma chambre et quand je suis sorti voir quel est le problème et essayais de le régler aucune ne m'écoutait et elles ont*

commencé a criaient de plus en plus...ca m'a tellement énervé que j'ai perdu conscience et quand je me suis réveillé j'ai vomi du coup et je voyais que du sang sortir de ma bouche »

Face a sa maladie Mr Nidhal est un peu désespéré« *ma santé a reculée d'un coup et je me sens tout le temps fatigué il ya plain de chose que je n'exerce plus comme avant, comme manger ce que je désir vu que je doit suivre un régime alimentaire ou aller a la chasse qui est mon passe temps favori, et plaines d'autre choses »*

2-présentation et analyse de l'échelle de la dépression BECK (BDI-II):

A- La présentation des résultats de l'échelle du cas :

N°d'item	items	cotation	Expression
01	tristesse	1	Je me sens très souvent triste.
02	pessimisme	1	Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
03	échecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
04	pertes 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	sentiments d'être puni	2	Je m'attends à être puni(e).
07	sentiments négatifs envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
08	attitudes critiques envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
09	pensées ou désirs de suicide	0	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
10	pleurs	0	Je ne pleure pas plus qu'avant.
11	agitation	2	Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.

Chapitre V : la Présentation, l'analyse des résultats et discussion des hypothèses

12	perte d'intérêt	3	3 J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.
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	1	J'ai moins d'énergie qu'avant.
16	modifications dans les habitudes de sommeil	1a	Je dors un peu moins que d'habitude.
17	irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude.
18	modifications 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	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
21	pertes d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
score		24	
Degré de dépression		Dépression modérée	

B- L'analyse des résultats de l'échelle de Beck du cas :

Lors de la passation de **BECK BDI-II**, Mr Nidhal a mit 45 mn pour répondre aux questions de l'échelle.

Mr Nidhal manifeste une dépression modérée Selon le manuel **BDI-II** de **BECK**, d'un score de **24**, selon les notes de seuil de **BDI-II**.

On trouve dans les réponses du patient (4) qui comptent un degré de (0) dans les items suivantes : l'item N°3 sur l'échec dans le passé, l'item N°5 sur le sentiment de culpabilité, l'item N°9 sur les pensées ou désirs de suicide et l'item N°10 sur les pleurs.

Et (11) réponses obtenues pour le degré (1) dans les items suivantes : l'item N°1 sur la tristesse, l'item N°2 sur le pessimisme, l'item N°4 sur la perte de plaisir, l'item N°7 sur les

sentiments négatifs envers soi-même, **l'item N°8** sur l'étude critique envers soit, **l'item N°14** sur la dévalorisation, **l'item N°15** sur la perte d'énergie, **l'item N°16** sur les modifications dans les habitudes de sommeil, **l'item N°17** sur l'irritabilité **l'item N°18** sur les modifications de l'appétit et enfin **l'item N°20** sur la fatigue.

Et pour le degré (2) on constate qu'il y a (4) réponses **dans les items suivants : l'item N°6** sur le sentiment d'être puni, **l'item N°11** sur l'agitation, **l'item N°13** sur l'indécision et **l'item N°19** sur la difficulté à se concentrer.

Enfin pour le degré le plus élevé (3) il n'y a que deux réponses obtenues : **l'item N°12** qui est sur la perte d'appétit et **l'item N°20** qui est sur la fatigue.

Synthèse du cas :

Au final de l'analyse de l'entretien et de l'échelle de Beck, on constate que Mr Nidhal présente quelques symptômes de dépression, il souffre d'une dépression modérée d'un degré de **24** favorisée par la perte d'intérêt surtout pour le sexe.

II-Discussion des hypothèses :

Cette partie est consacrée à la discussion des hypothèses de nos variables sur lesquelles est focalisée notre étude qu'on a effectué sur un groupe de quatre (4) cas d'une fourchette d'âge de 40 ans à 67 ans et qu'on a réalisé au niveau du service médecine interne du CHU «Bennemrad El mekki »

Donc d'après les résultats obtenus à partir de l'échelle de BECK (BDI II) pour la mesure de la dépression, notre hypothèse est la suivante ; la maladie somatique telle que l'ulcère gastrique chez les personnes hospitalisées provoque une dépression.

-effectivement, nos quatre cas ont confirmé notre hypothèse, car tous ces derniers ont montré la présence d'une dépression, variante d'un cas à un autre, d'une dépression légère, modérée ou sévère.

-on n'a pas trouvé de cas qui ne présente pas de dépression dans les résultats de l'échelle de Beck. Les cas qui ont présenté une dépression légère sont Jihad et Achraf. Le cas qui a présenté une dépression modérée est Nidhal. Le cas qui a présenté une dépression sévère est : Tufail.

Cas	score	Degré de dépression
Cas N°1	19	légère
Cas N°2	12	Légère
Cas N°3	24	Modérée
Cas N°4	33	Sévère

Mr Jihad a montré qu'il était satisfait de notre intervention, il a répondu à nos questions, tout en étant frustré, il tient à ce qu'il aille mieux et vive encore son plein âge sans difficulté et sans peine pouvant provenir et affecter sa famille. Selon les données de l'entretien et les scores de l'échelle de Beck, Jihad souffre d'une dépression légère.

Mr Achraf avait l'air tranquille et ouvert. Il a accepté sa maladie et considère cela comme faisant part du destin et qu'il ne peut pas s'en échapper, et donc essaie de vivre avec et s'en adapter le plus normalement du monde. Comme il croit en Dieu et a espoir de guérir un jour. Selon les données de l'entretien et les scores de l'échelle de Beck, Mr Achraf souffre d'une dépression légère.

Mr Nidhal a essayé de se montrer en bon état et bonne énergie durant l'entretien mais les traits de faiblesses et de fatigue apparaissent clairement sur son visage, comme on remarque dans son discours qu'il est indécis et qu'il a perdu intérêt pour tout. Selon les données de l'entretien et les scores de l'échelle de Beck, Mr Nidhal souffre d'une dépression modérée.

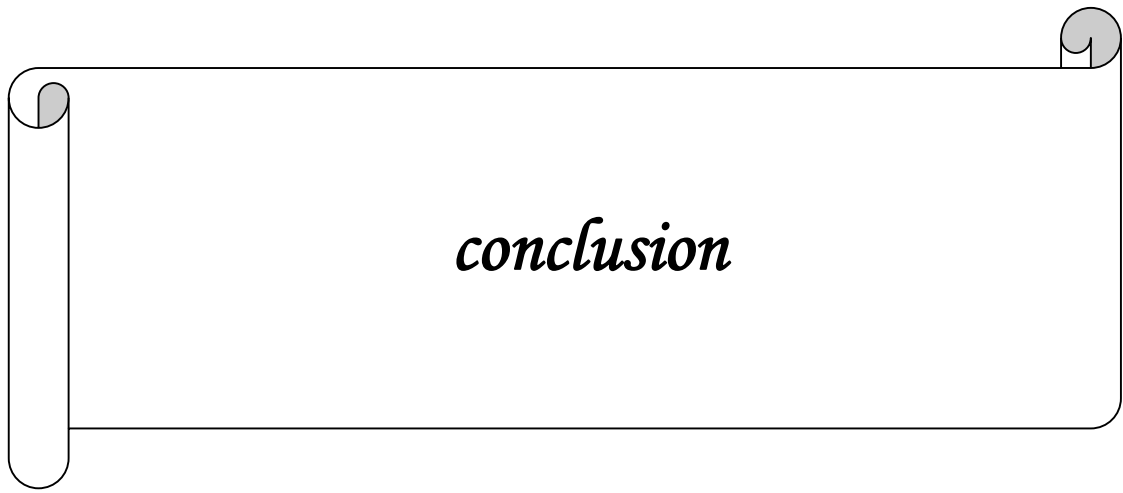
Mr Tufail aussi faisait preuve de courage lors de notre entretien, c'est un homme très souffrant physiquement, avec un sentiment de culpabilité et de tristesse. Il nous a fait part de son mauvais caractère et de son impatience. Tufail est très tendu et mal à l'aise, manque

Chapitre V : la Présentation, l'analyse des résultats et discussion des hypothèses

beaucoup de confiance en lui, il est à l'humeur mauvaise et il dégageait beaucoup de tristesse, désespoir ainsi que déception. Selon les données de l'entretien et les scores de l'échelle de Beck, Mr Tufail souffre d'une dépression modérée.

Notre hypothèse à propos du degré de dépression qui varie d'un cas à un autre est aussi confirmée :

Il est important de souligner que tous nos cas ont une dépression qui varie selon le degré de légère à modéré et sévère ; et cela provenant de leur souffrance physique, faut aussi savoir que l'entourage social et familial a une très grande influence, les inquiétudes des patients à propos de leur santé, avenir, leur famille, projets, modifient leur cognitions et leur perceptions positives en négatives.



conclusion

Conclusion

Conclusion

L'ulcère gastroduodéal (UGD) est une maladie qui a longtemps été considérée comme chronique, définie anatomiquement par une perte de substance de la paroi de l'estomac ou du duodénum dépassant la muqueuse musculaire. Il implique le plus souvent une bactérie *Helicobacter pylori*.

Le patient atteint de l'ulcère gastrique, souffre des symptômes de la maladie, de sa chronicité et des hospitalisations qui succèdent.

Ces hospitalisations qui rompent le rythme de vie du patient, mobilisent son attention, ses sentiments, ses pensées et ses préoccupations sur sa maladie. Ce qui ne privilégie pas le volet somato-psychique du patient.

Ce dernier, en double souffrance, et pour sa maladie et pour son hospitalisation, se retrouve fortuitement dans un combat entre tenir pour la vie, qui nécessite une aide et une prise en charge globale ainsi qu'un bon moral, ou aussi se retrouve dans une impasse à lâcher et à ne plus supporter les complications et la chronicité de sa maladie, ce qui l'affecte bien évidemment sur le plan psychologique, en précisant la dépression qui est une condition qui paralyse et stoppe toute fois le cheminement tracé par le patient et l'affecte défavorablement son travail, sa famille, son sommeil, son alimentation, ses humeurs et accentue négativement sur sa maladie somatique et sa santé en général.

La dépression est l'une des maladies les plus fréquentes chez les patients hospitalisés atteints d'un ulcère gastrique, et selon la confirmation de nos deux hypothèses, à partir de l'utilisation de l'entretien semi-directif et l'échelle de dépression de Beck (BDI-II). On a pu confirmer que les patients hospitalisés atteints d'un ulcère gastrique souffrent d'une dépression, cette dépression est de différents degrés : légère, modérée et sévère.

Enfin, une prise en charge thérapeutique psychologique des patients hospitalisés souffrants d'ulcère gastrique est nécessaire pour que les signes (tristesse, pleurs, perte d'intérêt, pessimisme, modifications dans le sommeil et l'appétit) ne s'évaluent pas et s'accroissent pas jusqu'à passer à l'acte de suicide.



La liste bibliographique

La liste bibliographique

Les ouvrages :

CHAPELLE.F, MONIÉ.B, POINSOT.R, RUSINEK.S, WILLARD.M, 2014, Dunod; Paris.

HAYNO.A, L, 1997, « médecine psychologique », Masson, Paris.

ALEXENDRE. L, 2010 « Hépatologie gastro-entérologie chirurgie digestive », med-line.

ALAIN. B, ANNE. G, « l'enquête et ses méthodes », Armand colin, paris.

CHARLES-S. P, 2007, « comprendre et soigner la dépression », Dunod, paris

CHRISTINE, M-S, 2013, « Thérapies comportementales, cognitives et dépression », Dunod, Paris

DIVE.C, 1990, « la maladie ulcéreuse : progrès hépato-gastro-entérologie», Dain., paris

LAURENT. E, VANDEL. P, 2016, « de l'humeur normale a la dépression en psychologie cognitive, neurosciences et psychiatrie », paris.

FRANÇOIS, B, ANDREE, L, 2005 ; « initiation a la recherche en psychologie», Dunod, paris.

CHAPELLE. F, B. MONIE ET AL; 2014, « thérapies comportementale », Dunod, paris.

GEORGES. K ; (2004), « Dépression : approche cognitive et comportementale », L'Harmattan, paris.

GUELF J.D et COLL; 2003, « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », , Masson, Paris.

JEAN-LOUIS. P, LYDIA. F, 2015, « L'observation clinique et l'étude de cas », Armand colin, paris

ZEITOUN. J-D, CHRYSOSTALIS. A et J. LEFEVRE, 2014, « Hépatologie gastro-entérologie chirurgie digestive », paris

RODOLPHE. G et JEAN-FRANCOIS, 2007, « Cours de psychologie », Dunod, Paris.

RONAN. L. N;(2007), « Troubles anxieux : diversité des approches théoriques », Dain., paris

La liste bibliographique

POCCOL. W, THIBAUT, 2008, « Les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital », Elsevier Masson. Paris.

PEDINNELLI. J-L et COLL, 2005, « les états dépressifs », Armand colin, paris

PITCHOT. W, COLL, 2008, « la dépression et la neuroplasticité », Med Liège

BRIFFAULT. X ET A.COLL, (2007), « la dépression, en savoir plus pour en sortir » ; Dunod , Paris.

dictionnaires :

JEAN-PIERRE. W, « Le Larousse médical », 2012, Larousse.

PAROT. R, « dictionnaire de psychologie », PUF, paris

Les sites internet :

<http://fr.wikipedia.org/wiki>.

<https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr>

<https://books.google.de>

<https://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital/3-1-organisation-hospitaliere-contemporaine>

Les articles :

« approche de la recherche clinique en psychologie » Cette conférence a été présentée lors des journées d'étude de CARS1 les 28 et 29 janvier 1999.

C.DEJOURS, 1989, encycl. Méd. Chir, article : « la consultation psychosomatique », paris.

SOCIETE CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE, (2014). « La psychologie peut vous aider : Le suicide » © Copyright 2014, Canada.

Pr EH. ADJA et Pr M. TEDJIZA « réactions psychologiques du malade et sa famille face a l'hospitalisation », EHS DRID Hocine Kouba

NADJIA. BOUARICHA, article « Un algérien sur 10 sombre dans la dépression », publié dans El Watan le 08-11-2007.

La liste bibliographique

VEZINA. J, ET PH. LANDREVILLE : UNIVERSITE LAVAL. P. BOURQUE ET L. blanchard : universite de moncton, «Questionnaire de Dépression de Beck Etude psychométrique auprès d'une population ».



Les annexes

Annexe

Le guide d'entretien :

Nom : Prénom : Sexe :

1er axe : les données personnelles :

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quel est votre niveau d'instruction ?
3. Quel est votre situation matrimoniale ?
4. Quel est votre situation professionnelle ?
5. Ou habitez-vous ?
6. Avec qui êtes-vous plus proche au sein de votre famille ou votre entourage ?

2eme axe : la vie a l'hôpital :

1. Êtes-vous déjà été hospitalisé (e) ? quand ? pour quelle raison ?
2. Depuis quand êtes vous hospitalisé (e) dans cet hôpital ?
3. Recevez-vous des visites ?
4. Comment vous sentez vous au sein de cet hôpital ?
5. Êtes-vous bien pris en charge au sein de l'équipe soignante ?
6. Comment sont vos relation avec les malades qui vous partagez la même chambre ?
7. Avec quoi arrivez-vous à vous distraire ?

3eme axe : la santé physique :

I/

1. Avez-vous déjà souffert d'autres maladies gastriques ? si c'est oui lesquelles ?
2. Prenez vous d'autres traitements appart ceux destinés a votre maladie d'ulcère ?
3. Vous les prenez régulièrement ? ou ca vous arrive de les oublier ?
4. Arrivez-vous à vous prendre en charge ? ou vous dépendez de quelqu'un d'autre ?
5. Suivez-vous votre régime alimentaire ?

II/

6. Avez-vous des éructations (rots) ?

7. Avez-vous des ballonnements ?
8. Avez-vous des saignements ? dans les selles ou dans les vomissements ?
9. Ressentez vous des douleurs ? si oui, est ce que ca vient après le repas ou c'est intermédiaire ?
10. Fumez-vous ? consommez-vous de l'alcool ?
11. Avez-vous quelqu'un de votre famille déjà atteint de cette maladie ?

4^{ème} axe : la santé mentale :

1. Sentez-vous du changement dans votre comportement après l'annonce de votre maladie à ce jour ?
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?
3. Êtes vous souvent préoccupé (e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?
4. Préférez-vous rester seul (e) ?
5. L'avenir vous inquiète-t-il ?
6. Êtes-vous désespéré (e) de votre situation actuelle ?

BDI-II

Date

Name _____ Initials _____ Age _____ Sex _____

Occupation _____ Education _____

Instructions: This questionnaire consists of 53 groups of statements. Please read each group of statements carefully, and then pick out the one statement in each group that best describes the way you have been feeling during the past few weeks, including today. Circle the number beside the statement you have picked. If several statements in the group seem to apply equally well, circle the highest number for that group. Be sure that you do not choose more than one number for any group, including Item 14 (Changes in Sleeping Pattern) or Item 15 (Changes in Appetite).

1. Sadness

- 1 I do not feel sad.
- 2 I feel sad much of the time.
- 3 I am sad all the time.
- 4 I am so sad or unhappy that I can't stand it.

2. Frustration

- 0 I am not discouraged about my future.
- 1 I feel more discouraged about my future than I used to be.
- 2 I do not expect things to work out for me.
- 3 I feel my future is hopeless and will only get worse.

3. Past Failure

- 0 I do not feel like a failure.
- 1 I have failed more than I should have.
- 2 As I look back, I see a lot of failures.
- 3 I feel I am a total failure as a person.

4. Loss of Pleasure

- 0 I get as much pleasure as I ever did from the things I enjoy.
- 1 I don't enjoy things as much as I used to.
- 2 I get very little pleasure from the things I used to enjoy.
- 3 I can't get any pleasure from the things I used to enjoy.

5. Guilty Feelings

- 0 I don't feel particularly guilty.
- 1 I feel guilty over many things I have done or should have done.
- 2 I feel quite guilty most of the time.
- 3 I feel guilty all of the time.

6. Punishment Feelings

- 0 I don't feel I am being punished.
- 1 I feel I may be punished.
- 2 I expect to be punished.
- 3 I feel I am being punished.

7. Self-Blame

- 0 I feel the cause of my trouble is not I.
- 1 I have been unfortunate in myself.
- 2 I am disappointed in myself.
- 3 I blame myself.

8. Self-Criticism

- 0 I don't criticize or blame myself more than usual.
- 1 I am more critical of myself than I used to be.
- 2 I criticize myself for all of my faults.
- 3 I blame myself for everything that happens.

9. Suicidal Thoughts or Wishes

- 0 I don't have any thoughts of killing myself.
- 1 I have thoughts of killing myself, but I won't do it.
- 2 I would like to kill myself.
- 3 I would kill myself if I had the chance.

10. Dying

- 0 I don't say anymore that I want to die.
- 1 I say more that I want to die.
- 2 I say more every little thing.
- 3 I feel like saying, "let me die."

**11. Anxiation**

- I am no more restless or wound up than usual.
- I feel more restless or wound up than usual.
- I am as restless or agitated that it's hard to stay still.
- I am so restless or agitated that I have to keep moving or doing something.

12. Loss of Interest

- I have not lost interest in other people or activities.
- I am less interested in other people or things than before.
- I have lost most of my interest in other people or things.
- It's hard to get interested in anything.

13. Indecisiveness

- I make decisions about as well as ever.
- I find it more difficult to make decisions than usual.
- I have much greater difficulty in making decisions than I used to.
- I have trouble making any decisions.

14. Worthlessness

- I do not feel I am worthless.
- I don't consider myself as worthless and useless as I used to.
- I feel more worthless as compared to other people.
- I feel utterly worthless.

15. Loss of Energy

- I have as much energy as ever.
- I have less energy than I used to have.
- I don't have enough energy to do very much.
- I don't have enough energy to do anything.

16. Changes in Sleeping Patterns

- I have not experienced any change in my sleeping pattern.
- I sleep somewhat more than usual.
- I sleep somewhat less than usual.
- I sleep a lot more than usual.
- I sleep a lot less than usual.
- I sleep most of the day.
- I wake up 1-2 hours early and can't get back to sleep.

17. Irritability

- I am no more irritable than usual.
- I am more irritable than usual.
- I am much more irritable than usual.
- I am irritable all the time.

18. Changes in Appetite

- I have not experienced any change in my appetite.
- My appetite is somewhat less than usual.
- My appetite is somewhat greater than usual.
- My appetite is much less than before.
- My appetite is much greater than usual.
- I have no appetite at all.
- I eat no food all the time.

19. Concentration Difficulty

- I can concentrate as well as ever.
- I can't concentrate as well as usual.
- It's hard to keep my mind on anything for very long.
- I feel I can't concentrate on anything.

20. Tiredness or Fatigue

- I am no more tired or fatigued than usual.
- I get more tired or fatigued more easily than usual.
- I am too tired or fatigued to do a lot of the things I want to do.
- I am too tired or fatigued to do some of the things I want to do.

21. Loss of Interest in Sex

- I have not noticed any recent change in my interest in sex.
- I am less interested in sex than I used to be.
- I am much less interested in sex now.
- I have lost interest in sex completely.

S Subtotal Page 1
C Subtotal Page 1
UN Total Score

Résumé:

Ce travail vise à éclairer modestement la complexité psychopathologique des maladies somatiques chroniques et graves telles que l'ulcère gastrique, et l'hospitalisation qui la succèdent ; cette contribution réalisée sur quatre patients à l'hôpital d'Amizour du service de la médecine interne, met en exergue les corrélations et comorbidités qui existent entre l'ulcère gastrique, l'hospitalisation et le développement d'un trouble de l'humeur qui est « la dépression.

A partir d'un entretien semi directif et l'échelle de dépression de Beck, nos résultats mettent en évidence que la rencontre de cette maladie chronique et grave avec l'hospitalisation est parmi les épreuves les plus redoutables pour la santé psychique du patient, cette maladie ulcéreuse bouleverse la vie de ces patients et les hospitalisations rompt leur mode de vie ce qui les freinent dans plusieurs de leurs activités, et constituent une menace pour leur intégrité corporelle et psychique.

A cause de la dépression, tous les plans de la vie psychique s'effondrent, toutes les fonctions vitales s'anéantissent, si bien qu'aucune hyperbole ne suffit à traduire ces bouleversements. Nous avons néanmoins constaté une souffrance globale, a la fois psychique, psychologique, sociale et spirituelle.