

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

**UNIVERSITE ABDREHMANE MIRA BEJAIA**

*FACULTE DES SCIENCES HUMAINNES ET SOCIALES*

*DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES*

## ***Mémoire de fin de cycle***

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER EN PSYCHOLOGIQUE

OPTION : Psychologique Clinique

### **Thème**

**La Dépression chez les adultes alcoolo-dépendant en cours de prise en charge psychologique**

Etude de 6 cas adultes âgés de 30 ans à 40 ans réalisé au centre intermédiaire de soin aux toxicomanes de Bejaia

**Réalisé Par :**

**RAMDANI Zohra**

**OUZEBIHA Souhila**

**Encadré Par :**

**Dr BELBESSAIR**

**« PROMOTION : 2020/2021 »**

# REMERCIEMENTS

Nous Remercions Dieu, le tout puissant qui nous a procuré le courage et la volonté pour achever ce modeste travail.

Nous tenons à remercier notre promoteur Dr BELBESSAI RACHID d'avoir accepté de nous encadrer malgré sa maladie, et on le remercie pour ces conseils qui nous ont permis de réaliser notre travail.

Nos remerciements aussi les membres de jury qui ont accepté d'examiner notre modeste travail. On tien également à remercier tout particulièrement nos très chers parents pour leurs soutiens et leurs encouragements.

Nos remerciements s'adressent au Docteur ABBAS « l'addictologue », qui nous a encadrés tout au long de notre stage pratique au sein du centre intermédiaire de soins aux toxicomanes de Bejaia.

On remercie en fin tous celles et ceux qui ont contribuées de près ou de loin à l'élaboration de ce modeste travail.

# Dédicace

Je dédie ce travail à ma meilleure et à ma personne préférée au monde, ma raison d'être ma Mère qui grâce à elle j'ai pu avancer dans mes études celle qui m'a encouragé et qui m'encourage tout au long de ma vie.

A mon père, mon frère, et mes sœurs, que Dieu les garde pour moi.

A mes frères pikh (Kahina Siham Esma Rym)

A ma deuxième famille les T-HIKERS (Yanis, Hamza, Zobir, Nwel, Byba, Mahrez, Abed, Nassira, khilou, Lyes, Khodir, Mahfoudh, Karim, et beaucoup d'autres...)

A tous mes ami(e)s, (Dalila, Siham (djamila), Massi, Hamza (fkhilouz, zohra, Thiziri Narimen ...)

En fin à tous ceux que je connais ou qui me connaissent que je n'ai pas pu citer.

Souhila

## Dédicace

Dieu puissant m'a accordée la force et le courage pour l réalisation de ce travail

Que je dédie :

A la lumière de ma vie mes chères parents : ma mère Halima et mon père Abed nacer.

A la lumière de mes yeux mes sœur : Linda, Sonia, Kenza, Nasma, Milissa, Siliya.

A mon mari :lotfi.

A mon petit massinissa.

A Mes très chères copines : Kahina, sarah,Tita, Amina, Tizirri.

A mes chères amis : souhila, nariman, yassmin, monia, wahiba,fouzia,saida.

A mes chères cousin et cousines surtout : souhila,nadjat , kahina, moloud,lkhière, a3mar,

A ma tante :zahoua et sa petite famille

A ma tante farida et sa petite famille

A mes oncles et leur famille

A mes belle-sœur sourtout : zaza

A ma binôme : sohila

A tout la famille Ramdani

Zohra

# Sommaire

## Introduction Générale

### Chapitre I : cadre générale de la recherche

Préambule .....	01
1-La problématique .....	01
2-Les hypothèses .....	05
3-Les objectifs de notre recherche et raison de choix de thème .....	05
4- Définition de concepts clé .....	06
5- Opérationnalisation de concepts.....	07

### Chapitre II : Alcoolisme

Préambule .....	08
1-Historique alcoolisme .....	08
2-Définition .....	08
3-Classification typologique .....	10
4-Données épidémiologiques .....	12
5-Caractéristiques .....	15
6 Les symptômes observés sur l'alcoolisme.....	16
7-Les troubles induits par la dépendance à l'alcool .....	17
8-Effet et conséquences de l'alcool sur l'individu.....	17
9-Les premières conceptions psychanalytiques de l'alcoolisme.....	18
10-Approche cognitivo-comportementaliste .....	19
11-Critère diagnostiques .....	20
12-Prise en charge .....	22
Conclusion.....	29

### Chapitre III : Dépression

Préambule .....	30
1-Historique .....	30
2- Définition de la dépression .....	31
3-Le syndrome dépressif et les symptômes non spécifiés .....	32
4-Les formes cliniques de la dépression.....	34
5-Les facteurs de risque de la dépression.....	37
6- les critères diagnostiques des troubles dépressifs.....	39
7-Diagnostique différentiel .....	41
8-Les approches théoriques de la dépression.....	41
9- La prise en charge et le traitement de la dépression.....	43
Conclusion .....	45

### Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Introduction.....	46
1-La présentation de lieu de la recherche .....	46
2- La méthode de recherche .....	47
3- La population d'étude .....	48
4 -Les techniques utilisées.....	49
5. Les étapes de la recherche .....	53
6- La méthode d'analyse dans la présentation des cas .....	54
Conclusion .....	54

## Chapitre V : partie Pratique

Introduction.....	55
1-Premier cas « Samir » .....	55
2-Deuxième cas « Nounous » .....	58
3-Troisième cas « Mahrouche ».....	62
4-Quatrième cas « Sadek ».....	66
5-Cinquième cas « Hakim ».....	70
6-Sixième cas « Hamid ».....	74
Discussion des hypothèses .....	77
Discussion de l'hypothèse n°1 .....	77
Discussion de l'hypothèse n°2 .....	78
Conclusion Générale .....	79
références bibliographiques	
Annexes	
Tables des matières	



# **Introduction générale**

## Introduction

### **Introduction Générale :**

Aujourd'hui la consommation des substances addictifs est un phénomène social très dangereux et incontrôlable, qui dépasse le seuil et viole tout les principes et les normes des individus de différentes tranches d'âge et statue sociale. Et c'est un phénomène qui ne devrait pas être ignoré mais étudié profondément.

Une dépendance a une substance, telle que l'alcool peut aboutir à des agitations psychologiques, physiologiques et sociales, elle est associée au risque d'apparition de problèmes de santé tel que les troubles mentaux et comportementaux.

L'abus excessif d'alcool et l'installation d'une dépendance est, dans la plus part des cas, servie par des facteurs psychologiques contribuant qui affilie et entretiennent le comportement de consommation, on trouve plusieurs individus en difficultés une fois dépendant a l'alcool.

Pour certains, l'alcool constitue une astuce d'adaptation qui permet à une personne d'assoupir ces sentiments d'impuissance, d'échec, d'incompétence, c'est-à-dire un état dépressif qui procure un désespoir.

Pour d'autres, l'alcool s'inscrit dans un mode de vie insouciant, charitable, et antisocial adopté auparavant à leur initiation aux substances, pour avoir la sensation de plaisir sans faire le moindre effort.

En conséquence, la personne alcoolique est un profil très aisé a évoquer en particulier sous les aspects suivants : la dépendance, la communication, les interactions sociales. C'est aussi un profil ou la majorité des alcooliques développent des dépressions sous tous ces degrés.

Le trouble dépressif est caractérisé par une tristesse pathologique, et une modification profonde de l'humeur dans le sens de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. Elle peut toucher à tout âge, les hommes comme les femmes. Elle constitue un véritable problème de santé publique.



## Introduction

Nous ne sommes pas tous égaux face au troubles dépressifs : chez certains il sera de faible intensité, pour d'autres il sera résistant au différentstraitement. De plus il est en partie lié à la personnalité et à des facteurs socioculturels.

La personne alcoolique dépressive ne présente pas une simple déprime, mais une déprime clinique qui veut dire un trouble de l'humeur, un état de tristesse anormale qui le conduit vers une consommation abusive d'alcool jusqu'à la dépendance. Les patients dépendants de l'alcool mettent en avant leurs tristesses pour justifier leurs excès d'alcool. Ils présentent leurs alcoolisations comme un « auto traitement » de leur dépression.

Dans ce délicat travail nous discuterons de la problématique sur la dépression présenté chez les alcoolo dépendants.

Pour répondre a cette question nous avons partagé notre travail sur deux parties : la partie théorique et pratique, qui contient cinq chapitres.

Le premier chapitre touche le cadre générale de la problématique qui contient : la problématique, les hypothèses, les objectifs de la recherches, les raisons de choix du thème, les concepts opérationnels.

Le deuxième chapitre est consacré pour l'alcool qui regroupe : les définitions, la classification typologiques, données épidémiologiques, caractéristiques, les symptômes, les troubles induit par la dépendance a l'alcool, les effets et conséquences de l'alcool dur l'individu, les conceptions psychanalytiques de l'alcoolisme, l'approche cognitivo comportementaliste, critère diagnostique et la prise en charge.

Le troisième chapitre cerne la dépression qui contient : la définition, syndrome et symptôme non spécifiée, les formes de la dépression, facteurs de risque de la dépression, critère diagnostique, diagnostique différentielle, les approches de la dépression, la prise en charge.

Le quatrième chapitre explique la méthodologie de recherche, la pré-enquête, la présentation de terrain, la méthode utiliser, l'échantillon et ses caractéristiques, les techniques de la recherche utiliser, le déroulement de l'enquête et les outilles statistiques de la recherche.

## *Introduction*

Le cinquième chapitre intitulé : l'analyse et l'interprétation des résultats.

En fin nous finirons notre thème par une exposition de nos résultats de recherche.



# **Chapitre I**

**Cadre générale de la recherche**

**Préambule :**

Dans ce chapitre on a abordé la problématique, l'objectif et les raisons de choix de thème, les concepts clés ainsi que l'opérationnalisation de concepts.

**La problématique :**

De nos jours, nous assistons à une distinction des comportements qui sont limités sous le terme de conduites addictives, à cet effet, ce concept se caractérise par un état de dépendance à une substance telle que la drogue, médicament et alcool avec besoin et envie irrésistible d'en consommer, suivie à une perte de contrôle de sa consommation.

Cependant, la dépendance d'état, c'est des conduites acquises alors qu'un individu est dans un état interne donné peuvent nécessiter, pour être émises à nouveau dans la situation originale, que l'individu soit dans un état ou il se trouvait au moment de l'acquisition. Ce phénomène, dit de dépendance d'état, est observé quand l'état interne est modifié par l'activation hormonale ou en cas d'absorption de médicament ou de drogues, y compris l'alcool... (Doron, R. Parot, F, 1991, P 195).

Pour cela, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) met l'accent sur la dépendance pathologique qui lie le malade à l'alcool : « les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable avec autrui et leur comportement social, économique. Ils doivent être soumis à un traitement » (Besche-Richard, C. Bungener, C. 2002, p, 90)

En Algérie : selon l'OMS

Pour la consommation d'alcool dans le détail et par sexe, 1.5% des femmes consomment de l'alcool en Algérie, contre 4.8% de consommateurs d'alcool chez les hommes. À ce propos, dans le rapport de l'OMS est précisé que « les 3.2% de la population algérienne consommant de l'alcool ont consommé l'équivalent de 29.1 litres d'alcool pur en 2016 », ajoutant que « les hommes ont consommé l'équivalent de 34.5 litres d'alcool pur, contre seulement 12.4 litres d'alcool pur pour les femmes ». ([algerie-eco.com/2018/09/25/selon-un-rapport-de-loms-seul-3,2-des-Algériens-consomment-de-l'alcool](http://algerie-eco.com/2018/09/25/selon-un-rapport-de-loms-seul-3,2-des-Algériens-consomment-de-l'alcool)).

S'agissant du type de boisson alcoolisée consommée, selon le même document « la bière représente 57% de la consommation d'alcool en Algérie, le vin représente 25% et les spiritueux 18% de la consommation ».

Dans son rapport, l'OMS s'est focalisé sur la consommation de l'alcool chez les algériens âgés de 15 et plus, qui représentent 71% des 40.3 millions d'algériens en 2016. ([algerie-eco.com/2018/09/25/selon-un-rapport-de-Loms-seul-3,2-desAgériens-consoment-de-l'alcool](http://algerie-eco.com/2018/09/25/selon-un-rapport-de-Loms-seul-3,2-desAgériens-consoment-de-l'alcool)).

Ainsi, l'OMS a noté dans son document que «la consommation globale d'alcool divisée par le nombre d'Algériens concernés a légèrement augmenté ces dernières années, passant de 0.7 litre par personne en 2010 à 0.9 litre par personne en 2016, dont 1.6 litre par homme et 0.2 litre par femme cette même année».

Le même rapport, relève à propos de la prévalence d'une lourde consommation épisode, ou bien en d'autres termes, une consommation d'au moins 60 grammes d'alcool pur lors d'au moins une occasion par mois. Celle-ci est estimée à 0.6% de la population algérienne (15 ans et plus) et 19.3% de la population consommatrice d'alcool. Cette prévalence est observée plus chez les hommes avec 1.1% contre 0.1% chez les femmes et 23.5% des consommateurs d'alcool contre 6.2% des consommatrices d'alcool. ([algerie-eco.com/2018/09/25/selon-un-rapport-de-Loms-seul-3,2-desAgériens-consoment-de-l'alcool](http://algerie-eco.com/2018/09/25/selon-un-rapport-de-Loms-seul-3,2-desAgériens-consoment-de-l'alcool)).

S'agissant de la prévalence d'une dépendance à l'alcool, selon le rapport de l'OMS, «elle est évaluée à 0.7% de la population», alors que «la prévalence de troubles liés à la consommation d'alcool est estimée à 0.8% de la population».». ([algerie-eco.com/2018/09/25/selon-un-rapport-de-Loms-seul-3,2-desAgériens-consoment-de-l'alcool](http://algerie-eco.com/2018/09/25/selon-un-rapport-de-Loms-seul-3,2-desAgériens-consoment-de-l'alcool)).

Aussi, Le mot alcoolisme désigne tout à la fois les manifestations individuelles de l'intoxication par l'alcool éthylique et les conséquences sociales qui résultent pour la collectivité des effets biologiques, psychologique, voire criminologiques de cette intoxication, souvent qualifiée du véritable fléau social..(Ivanov-Mazzucconi. S, Digonnet.A et All, 2005, p29.).

Toute fois, L'usage d'alcool débute durant l'adolescence quand les systèmes enzymatiques de dégradation sont matures et concerne à l'âge adulte la quasi-totalité de la population. Les enquête épidémiologiques mesurent pour certaines l'usage d'alcool, en nombre de verres par jour ou en litres d'alcool par un an. La définition d'un verre d'alcool s'établit de façon consensuelle à 10g d'alcool pur, soit 12,5 cl de vin, 25cl de bière, 3cl d'alcool à 40°. D'autre s'intéressent à l'usage à risque selon la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS) la moyenne supérieure à 3 verres par jour pour les hommes et 2 verres par jour pour les femmes. Le nombre de consommateur quotidien d'alcool selon critère

internationaux de trouble(CIM10) est de 9,5 des adultes (14% des hommes et 4,9 des femmes). (Lejoyeux.M,2017, p9).

En approfondissant les travaux de Freud, de nombreuses théorisations psychanalytiques ultérieures rapportent l'origine de l'alcoolisme à une fixation au stade oral de la libido. Le besoin d'alcool est substitutif de la satisfaction sexuelle et l'acte de boire est un équivalent d'une satisfaction sexuelle auto-érotique. Selon Descombrey 1994, l'alcool représente un objet idéal, l'alcool « est un corps réel à incorporer, censé faire disparaître magiquement toute tensions(...), il redonnerait la toute puissance imaginaire perdu. (Varescon.I, 2005 p 67, 68).

Le principale point de départ de l'approche cognitive-comportementaliste dans le champ de l'alcoologie concernant l'entraînement aux habilités, elle nécessitent une bonne perception des données contextuelles, le traitement des informations nécessaire à leur compréhension et leur analyse et en fin la conceptualisation et l'émission d'une réponse pertinente (...) le rôle attribue à l'efficacité personnelle perçue s'avère d'une importance capitale dans l'amélioration de l'autonomie, de l'estime de soi et de la qualité de vie du malade ». (Ibid.2005,p65-66).

De ce fait, les conséquences de l'alcoolisme sont sévères. Elles sont somatique et psychiques et elles ont des répercussions au plan familiale, social et professionnel. Les troubles plus fréquemment rencontrés dans l'alcoolisme sont les troubles anxieux et dépressifs. (Besche-richard, C. Bungener, C.2002, p, 90).

La dépression est classiquement et encore de nos jours, considérée comme un trouble de l'humeur, la notion d'humeur (ou de thymie) est complexe ; on se réfère généralement qu'en donné Jean Delay (1964) : « disposition affective de base qui donne a chaque de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. » lorsqu'elle est exaltée, l'humeur peut être triste ou au contraire euphorique.

(Besançon, G ,2005, P48).

Selon Larousse la dépression se définit par suit : «état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse, et une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi il ne prend plus aucune initiative, il souffre de son impuissance et a l'impression que ces facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie ». (Sillamy .N, 1999, p79).

En terme statistique, les chiffres rapportent par l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'a dépression représente 4,3% des DALYs totales (une DALY-disability- adjusted life year- correspond a une année de vie en bonne santé perdue), occupant la ainsi la troisième places au niveau mondial derrière les infections respiratoire basses et les diarrhées aiguës, mais la première places dans les pays PIB élevé (8,2% des DALYs). (Peretti. C-S, 2013, P1).

L'étude ESMed (Lépine et al ,2000) montre que dans la population générale la prévalence des troubles dépressifs sur une vie entière est de 22%, ce qui signifie que plus d'une personne sur cinq interrogée a souffert d'une forme de dépression au cours de sa vie. (Bioy, A. Foques, D, 2016, P173).

La dépression est une affection qui atteint chaque année en France environ 5% de la population générale (jusqu'à 17 % de prévalence sur la vie entière dans certaines études) soit 3 millions de français atteints d'une affection lourde en termes de handicap, susceptible de se chroniciser ou de récidiver. Cette affection est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Elle est également grave en termes de mortalité puisqu'environ 15 % des patient souffrant d'un trouble dépressif sévère meurent par suicide.

Parmi les sujets adultes présentant un trouble dépressif récurrent, approximativement 60% bénéficient d'un traitement spécifique, avec un taux supérieure chez les femmes, environ 10% ont été hospitalisée pour ce trouble au moins une fois, plus du tiers ont déjà eu des idées suicidaires et 9% ont fait au moins une tentative de suicide. (Peretti. C-S, 2013, P.2).

Il existe plusieurs approche théorique de La dépression, psychanalytique, cognitivo-comportemental .les approches psychanalytique évoquent « la perte d'objet » ou « de fantasme de perte » Freud rattachera à la psychopathologie de deuil.(Besançon.G, 2016,p57).

Par contre l'approche cognitivo-comportementale, s'associé la dépression ou troubles des fonctionnements cognitives qui se manifestent à travers des pensées dépressives, pessimistes, marquées par une dévalorisation de soi-même.(Peretti.C, 2013, P197).

Les principaux symptômes de la dépression sont le découragement, la tristesse, la perte de l'élan vital ou désintérêt, ces symptômes sont fréquents chez les alcooliques, notamment avant le sevrage. Un alcoologue américain M.A.SCHUKIT à montre que 80% des alcooliques présentant ces symptômes de dépression majeur (tristesse, désintérêt, ralentissement, trouble de sommeil, de l'appétit).(Lejoyeux. M, 2017, p78).

Les états dépressifs associés aux conduites alcooliques comportent un risque de suicide, ce risque suicidaire est un argument de traiter les dépressions associées à l'alcoolisme. Et le besoin d'une prise en charge thérapeutique semble nécessaire, les thérapies cognitivo-comportementales qui ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement de la dépression et de l'alcool. Cette approche accorde une grande importance aux représentations et aux croyances du sujet. (Lemperière, Th, 2000, p59).

Le modèle cognitif de (Beck) insiste sur le fait qu'il existe des pensées dysfonctionnelles, produites par des schémas cognitifs, provenant d'interprétation des événements extérieurs traduits dans un sens toujours négatif. Pour (Beck) la personne dépressive a tendance à devenir moins objective et s'évaluer elle-même, ainsi que son environnement et l'avenir, de façon négative et pessimiste, a la tendance à se percevoir comme inapte, incapable, indésirable ou indigne et percevoir le monde extérieur comme trop hostile exigeant et plein d'obstacles et des difficultés insurmontables. (inventairebeck)

A ce moment –là le sujet pourra consommer une substance en croyant qu'il sera plus facile de vivre la situation présente, mais pour les sujets alcooliques peuvent développer une dépression, notre intérêt est de mener une étude en se basant sur cette variable.

A partir de tous les éléments évoqués ci-dessus, et pour mieux comprendre la dépression pendant la dépendance aux substances psycho-actives en particulier sur l'émergence d'une dépression chez les dépendants aux alcools. Ce travail a conduit à poser la question suivante :

- Est-ce que un alcoolo-dépendant présente des symptômes dépressifs ?
- Est-ce que la dépendance à l'alcool influe sur l'intensité de la dépression ?

## **2-Les hypothèses :**

- Un alcoolo-dépendant présente des symptômes dépressifs.
- la dépendance à l'alcool influe sur l'intensité de la dépression.

## **3-Les objectifs de notre recherche et raison de choix de thème :**

### **3-1-Les objectifs de notre recherche :**

La démarche scientifique consiste en préciser l'objectif, avoir un but et savoir ce que l'on veut atteindre.

Pour cela nos objectifs dans cette recherche ont pour :



Tous d'abord c'est de mettre en pratique les connaissances acquise durant notre spécialité qui est la psychologie, ensuite de voir l'intensité de la dépression existe- il chez les alcoolique surtout qui ont dépendant de cette substance et apporter des nouvelles connaissances sur ce thème qui est nouveaux et très intéressant, enfin de le prise en charges et de lutte contre cette substance d'alcool.

### **3-2- La justification de choix de thème :**

Les motivations que nous ont poussées vers le choix de notre thème sont multiples et diverse l'ont peut classifier comme suit :

- Le pourcentage élevé des personnes alcooliques en Algérie et leur souffrance psychique, nos a attiré à faire ce choix.
- La consommation abusive d'alcool nui à la santé de la personne alcoolique ainsi qu'elle peut complètement détruire sa vie.
- Mieux comprendre la personne alcoolique vue l'ampleur que cette pathologie prend dans la société
- D'après les études statistiques du taux élevé des accidents dans la route, la consommation d'alcool est considérée comme la deuxième cause de ce dernier.
  
- L'alcool et la dépression à longue terme peut induire généralement la personne au suicide ou à une tentative de suicide.
- En fin, pour connaitre la pratique de la prise en charge des personnes alcoolique et comment évaluer leur humeur.

## **4- Définition de concepts clé :**

### **4-1- Définition alcool :**

L'alcool est considéré comme une drogue faisant partie de la famille des dépresseurs, notamment à cause de son principal ingrédient, l'éthanol, qui a de nombreux effets sur l'activité neuronale du plaisir, ainsi qu'une stimulation des endorphines une « morphine » naturelle produite par le cerveau, d'où son effet relaxant. ( Document, la dépendance a l'alcool, 2014,p6).

#### **4-2- Définition de la dépendance :**

##### **A/ Dépendance psychique :**

Etat mental caractérisé par un sentiment de satisfaction et une impulsion psychique à prendre une drogue afin d'obtenir un plaisir ou d'éliminer un malaise(ou une tension)

##### **B/ Dépendance physique :**

Etat d'adaptation d'un organisme se manifestant par d'importants troubles physiques lorsque l'on suspend l'administration d'une drogue. L'ensemble des troubles physiques occasionnés constitue le syndrome de sevrage (Terrière, 1999, p 59)

#### **4-3- Définition de la dépression :**

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'accompagne parfois d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'auto-dépression, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. »(Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p25).

### **5- Opérationnalisation de concepts**

#### **5-1- Alcool :**

- Produit légal, Boisson alcoolisée, Considéré comme drogue, contenu dans les fruits et les légumes, et naturellement de l'éthanol (vin, bière, Harmel) et aux boissons alcoolisées dans lesquelles l'alcool a été ajouté(whisky, coca, vodka, vin rouge), fait partie de la famille des dépressifs,

#### **5-2 La dépendance :**

Tendance à augmenter les doses, et contenue à consommer la drogue ou l'alcool, a des conséquences néfastes à l'individu et à la société, une dépendance psychique et physique(présence d'un syndrome de sevrage), et une perturbation du fonctionnement intellectuel pour le sujet.

**5-3 La dépression :**

La dépression caractériser par :

La tristesse intense, le découragement, le désespoir, manque de sommeil et d'appétit, sentiment de mal-être inexplicable, un sentiment douloureux d'émoussement affective, et un désir de mort toujours présent.



# **Chapitre II**

## **Alcoolisme**

## **Préambule :**

L'alcool est mal vu dans la société, un phénomène très mal géré, il peut engendrer des dégâts psychologiques, physiques, et sociaux. Dans ce chapitre on aborde les différentes définitions de plusieurs auteurs, la classification typologique de l'alcool, les caractéristiques, les différents symptômes, les effets et conséquences de l'alcool sur l'individu lui-même, ainsi les différentes approches utilisées, la conception psychanalytique, et la prise en charge.

## **1-Historique alcoolisme :**

Depuis l'apparition, au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, du terme d' « alcoolisme chronique », les définitions de l'alcoolisme ont été nombreuses et ont donné une place variable aux facteurs psychiques, organique et sociaux dans l'explication des dépendances à l'alcool. Mais jamais un seul de ces facteurs n'a été à lui seul suffisant pour rendre compte de la dépendance éthylique. A la fois bien de consommation, psychotrope, symbole sacré et d'appartenance sociale, l'alcool a des fonctions diverses et il est souvent difficile de distinguer à propos de son usage la « norme » de l' « écart », il reste que certains (individus ou groupes) ont perdu « la liberté de s'abstenir d'alcool » (Fouquet) et/ou de contrôler une consommation intermittente ou continue de boissons alcooliques ou alcoolisées. (Varescon, I.2005, P145).

Si la notion d' « alcoolisme maladie » a été pour la première fois introduite par le suédois Magnus Huss en 1849 en insistant sur les complications neuropsychiatriques des excès de boissons alcoolisées, le XIX<sup>e</sup> siècle voyait l'industrialisation s'accompagner de « l'ivrogénérisme », considérée par les grands aliénistes qui étaient Esquirol puis Kraepelin comme une altération progressive du sens moral en insistant sur les conséquences sociales et familiales. A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle pour que Deshaies, Fouquet ne la placent au centre de la problématique de l'alcoolisme qui fut défini en 1951 comme « la perte de la liberté de s'abstenir de boire de l'alcool ». Dix ans plus tard les anglo-saxons abordent le concept d'alcoolisme en regard des conséquences physiques, psychiques et sociales de celui-ci. (Samuel-lajeunesse, B. 2004, P350).

## **2-Définition d'alcoolisme :**

Parmi de nombreuses définitions globales, l'une des plus concises est celle que propose DAVIES en 1974 : « On peut appeler alcoolisme l'ingestion en intermittente ou permanente

d'alcool conduisant à la dépendance ou entraînant des effets néfastes » (Deniker, P. 1990, P320).

Une courte définition de l'alcoolisme est donnée par Fouquet (1951) : est alcoolique tout homme ou femme qui a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir de consommer de l'alcool. Pour Fouquet, l'alcoolisme correspond à l'intrication de trois facteurs : un facteur psychique, un facteur de tolérance et un facteur toxique.

Lorsqu'on parle d'alcoolisme, on distingue l'appétence, la tolérance, l'accoutumance et la dépendance. Descombey (1994) propose de définir ces termes de la façon suivante :

- **L'appétence** : est le goût constant et général de l'homme, dans toute son histoire, pour l'alcool, en vertu de ses effets tonique, euphorisant, anxiolytique, libérateur (dionysiaque, quasiment magique), plus que de la saveur qui, dans les cas extrême, ne joue aucun rôle. Cette appétence varie selon les individus.
- **La tolérance** : est une relation entre quantité absorbées, présentes dans l'organisme et l'intensité des manifestations cliniques de l'intoxication. La tolérance varie d'un sujet à un autre en fonction de l'âge, du sexe, de l'état organique et psychique.
- **L'accoutumance** : est un processus secondaire, acquis. L'alcool devient un aliment d'appoint nécessaire à l'équilibre, avec une certaine augmentation des doses, les signes d'intoxication sont donc minorisés ( plus d'ivresse, par exemple, mais l'envie de boire à nouveau).
- **La dépendance** : est la nécessité sinon d'augmenter les doses, tout au moins de les assurer. La dépendance s'installe plus au moins rapidement et caractérise cette perte de la liberté qui connaît au moins deux formes : l'impossibilité de s'abstenir un seul jour, faute de quoi les signes de besoin, de manque, donnent le syndrome de sevrage ; après le premier verre, incapacité à résister au besoins d'autres verres, jusqu'à l'ivresse. (Varescon, I. 2005, P56).

**A/ La Définition de l'alcoolopathie de Fouquet** : « c'est un trouble comportementale constitué par des perturbations de la tolérance à l'éthanol et par l'installation d'une dépendance à ce produit. Il relève de trois facteurs constitutifs, facteur physique, facteur de

tolérance, facteur toxique. Selon leur ventilation respective, il résulte trois types d'alcoolopathies ; les alcoolites, les alcooloses, les somalcooloses, mais il existe des formes de passage ». (Besançon,G. 2005, P145).

- le terme alcoolisme, qui a succédé au terme « ivrognerie », a été utilisé pour la première fois par Magnus Huss en 1849 pour en décrire les seules conséquences comportementales : « ensemble de manifestations pathologique du système nerveux, dans ses sphères psychiques, sensitives et motrices, qui s'observe chez les sujets qui ont ; pendant une période prolongée, bu de manière continue et excessive des boissons alcoolisées »(Kapsambelis,V. 2012, P770).

Fouquet (1951),met l'accent sur l'aspect adictif de l'alcool et l'impossibilité de s'en abstenir « il y a alcoolisme lorsqu'un individu a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir d'alcool ».(Kapsambelis,V. 2012).

Selon Jellinek, 1960 : font allusion aux dommages causés à l'individu ou à la société : « on peut appeler alcoolisme tout usage de boissons alcoolisées qui cause un dommage quelconque à l'individu, à la société, ou à eux deux ». (Kapsambelis,V. 2012).

### **3-Classification typologique d'alcoolisme :**

Ce type de classifications est plus utile aux cliniciens, car il est basé sur un élément représentatif (comportemental, épidémiologique, clinique, ou approche multidimensionnelle) qui caractérise un groupe, à partir duquel des prises en charges ciblées et adaptées sont établies. Les typologies psycho-comportementales utilisent des critères clinique comportementaux, comme par exemple celle de Jellinek ou de Fouquet. Les typologies multidimensionnelles prennent en compte des données génétiques, psychopathologiques, épidémiologiques et cliniques, en les combinant avec des facteurs de risque génétiques ou liés au sexe ou à l'âge. La principale de ces classifications est celle établie par Gloninger.

#### **3-1Classification de Fouquet :**

Cette classification, pionnière dans l'alcoologie française, date des années 1950(Fouquet décrit trois types :

- **l'alcoolite** correspond à la consommation longtemps conviviale, masculine, bien tolérée, continue, sans ivresse pathologiques fréquentes ni sentiment de culpabilité, dont les effets somatiques se font sentir plusieurs années plus tard, qui se rencontre encore en France de façon très large. Elle concerne surtout le vin et la bière ;
- **L'alcoolose** ou névrose alcoolique concerne davantage les apéritifs et les liqueurs, elle est discontinue, avec souvent dégoût pour l'alcool entre les prises ; les ivresses sont fréquentes et la dépendance puissante ; elle est largement majoritaire chez les femmes ;
- **la somalcoolose ou dipsomanie** correspond à une minorité de cas et se présente de façon impulsive de quelques heures à quelques jours conduisant au coma éthylique ; tout alcool peut ici être utilisé, y compris l'alcool pur ; elle coexiste avec des troubles de la personnalité prononcés.

### **3-2 Classification de Cloninger :**

Le psychiatre et généticien Cloninger (1987) propose deux types d'alcoolisme qui se différencieraient principalement selon les tendances individuelles de la recherche de la nouveauté, l'évitement de la souffrance, de la dépendance à la récompense. Cette classification utilise le test psychologique tridimensionnel personality questionnaire (TPQ) pour décrire deux types d'alcoolisme :

- **le type I** ou de milieu, « environnemental », serait le plus fréquent et s'observe dans les deux sexes. Ce type va se présenter à partir de l'âge de 20 ans et va avoir une évolution lente. Des facteurs de risque comme l'abus d'alcool chez l'un des parents, des carences affectives pendant l'enfance et une désorganisation familiale y sont associés. La personnalité serait peu pathologique, marquée cependant par la faiblesse du moi. Il n'y a pas de notion de criminalité, pas d'antécédents psychiatriques personnels ;
- **le type II**, exclusivement masculin, va commencer pendant l'adolescence, avec une rapide évolution vers la dépendance et vers de graves complications somatiques et sociales. Les facteurs de risque sont essentiellement des facteurs génétiques (alcoolo-dépendance du père), ainsi qu'éventuellement des troubles neuropsychologiques précoces comme le syndrome d'hyperactivité et le déficit de l'attention. Des troubles de la



personnalité antisociale sont fréquemment décrits. Le pronostic est moins bon que pour le type I.

De nombreuses études ont examiné la pertinence de la classification de Cloninger, qui a été largement critiquée pour la faible taille de l'échantillon de l'étude principe (182 sujets dont seulement 31 femmes). Cloninger en 1981 et Bohman en 1986 ont parlé de la possibilité d'un type III, alcoolisme « féminin de transmission matrilineaire », avec une évolution défavorable.

### **3-3 Classification de Babor (1997)**

Cette classification utilise les critères diagnostiques du DSM-III pour distinguer deux groupes :

- A-L'alcoolisme de type A avec un début après 20 ans, une évolution lente une psychopathologie associée, des complications moins fréquentes, et un meilleurs pronostic,
- B-L'alcoolisme de type B, avec un début précoce, une fréquence élevée de l'alcoolisme familiale, une dépendance sévère, une tendance à l'addiction à d'autres substances (addiction – poly-addiction) et des traits de personnalités antisociale. Cette typologie est la mieux validée d'un point de vue statistique. Les thérapies cognitivo-comportementales seraient plus adaptées au groupes B et les thérapies interactionnelles au groupe A.

### **3-4 Classification d'Adès et Lejoyeux (1997)**

Cette classification intègre les critères de typologie primaire et secondaire de Cloninger et de Babor. L'alcoolisme primaire (70 pourcent des addicts) correspond au type II de Cloninger et au groupe B de Babor ; plus fréquent chez l'homme, il se caractérise par une recherche de sensation et une tendance à l'impulsivité. L'alcoolisme secondaire correspond au type I de Cloninger et A de Babor ; il est au début plus tardif et les consommations serait associée à une pathologie psychiatrique. (Kapsambelis, V. 2012, P772).

## **4-Données épidémiologiques d'alcoolisme :**

Au niveau mondial, on constate une progression marquée de l'alcoolisation : la consommation d'alcool augmente, dans la dernière décennie, y compris dans les pays apparemment protégés par des tabous religieux. Les consommations tendent, d'autre part, à

s'uniformiser, et la particularité culturelles s'estompent : on observe une tendance à « l'internationalisation des boissons », marquée par l'augmentation de la consommation de bière dans les pays anglo-saxons, et de spiritueux partout . (Deniker,P. 1990, P320).

**En France :** l'alcoolisation est en constante diminution depuis trente ans, au contraire de la plupart des pays. Elle est de 8millions d'hectolitres d'alcool pur par an. Soit 19,1 litres d'alcool pur par habitant et par an. La France demeure cependant au premier rang mondial, des pays consommateurs, si l'on excepte le Luxembourg dont les chiffres sont artificiellement élevés pour des raisons économiques (moindres taxes sur les boissons alcoolisés et l'inconnue concernant les consommations réelles dans les pays d'Europe de l'Est. La consommation française en outre, suit l'évolution générale sur le plan qualitatif :

- Augmentation de 15% de la consommation de bière par habitant depuis 25 ans ;
- Diminution de 38% de la consommation de vin par habitant depuis 1956 ;
- Augmentation de 25% de la consommation de spiritueux de 1970 à 1979(Haut comité d'étude de l'information sur l'alcoolisme, 1981). La consommation féminine et celle des jeunes semble s'accroître, dans des proportions diversement évaluées.(J.Godard). (Deniker,P. 1990, P320).

### **A/ La Morbidité :**

Alcoolique n'est évaluée qu'à partir d'estimations grossières, fondées sur les chiffres de consommation d'alcool : 5 millions de français environ, selon le NET, consommeraient de l'alcool de façons abusives, dont 1 million de femmes. On dénombrerait, parmi eux, 2 millions d'alcoolique dépendants, dont 600000 femmes .

L'abus d'alcool intervient comme facteur de risque ou facteur directement causal dans 25% de l'ensemble des maladies : si l'alcoolisme proprement dit représente 4,5% des diagnostics d'admission en hôpital général, ce chiffre est sous-estimé puisque, selon F.Steudler, 30% des malades séjournant en milieu hospitalier présentent à un moment donné des troubles liés à l'alcoolisme. Selon les chiffres fournis par L'INSERM (1982), l'alcoolisme chronique et les psychoses alcooliques représentent 22% des admissions en milieu psychiatrique (34% des hommes et 8% des femmes) et 25% des premières admissions. Se situant donc au premier rang des motifs d'admission en service de psychiatrie. La morbidité sociale liée à l'alcoolisme est considérable, mais difficile à évaluer avec précision. Sont ainsi imputable à l'abus d'alcool :

-15% des accidents de la route avec dommages corporels si l'on se réfère au dépassement du taux légal d'alcoolisme de 0,80 g/l (mais 27,3% des hommes et 31,7% des femmes admis dans 21 hôpitaux français entre octobre 1982 et mars 1983 pour un accident de la route on des signes biologiques d'alcoolisme chroniques) ;

-15% des accidents du travail, soit 230000 par an ;

-Un accident domestique sur quatre

-19% des crimes et délits, toutes infraction confondues. (Deniker,P. 1990, P320).

### **B/ La mortalité :**

N'est évaluée que de façon indirecte, à partir de totalisations de décès directement dus à l'alcoolisme (cirrhose alcoolique :24,9 pour 1000000 habitants ; psychose alcoolique :6,3 pour 1000000 habitants –INSERM,1983) et de la projection des décès par cancer, tuberculose, homicide , suicide, accidents de la route et accidents domestiques directement favorisés par l'abus d'alcool. L'alcoolisme paraît ainsi responsable d'environ 50000 décès par an, ce qui situe cette conduite au troisième rang dans la hiérarchie des causes de décès. L'espérance de vie, pour un homme alcoolique français de 25 ans à la moyenne générale (60 ans au lieu de 72 ans).

Les approches épidémiologiques analytiques, à la recherche des facteurs de risque, seront évoquées plus loin, au titre des facteurs étiopathogéniques de l'alcoolisme. (Deniker,P. 1990, P320).

### **L'alcoolisme en algérie selon l'OMS :**

Pour la consommation d'alcool dans le détail et par sexe, 1.5% des femmes consomment de l'alcool en Algérie, contre 4.8% de consommateurs d'alcool chez les hommes. A ce propos, dans le rapport de l'OMS est précisé que «les 3.2% de la population algérienne consommant de l'alcool ont consommé l'équivalent de 29.1 litres d'alcool pur en 2016», ajoutant que «les hommes ont consommé l'équivalent de 34.5 litres d'alcool pur, contre seulement 12.4 litres d'alcool pur pour les femmes». ([algerie-eco.com/2018/09/25/selon-un-rapport-de-Loms-seul-3,2-desAgériens-consoment-de-l'alcool](http://algerie-eco.com/2018/09/25/selon-un-rapport-de-Loms-seul-3,2-desAgériens-consoment-de-l'alcool)).

S'agissant du type de boisson alcoolisée consommée, selon le même document «la bière représente 57% de la consommation d'alcool en Algérie, le vin représente 25% et les spiritueux 18% de la consommation».

Dans son rapport, l'OMS s'est focalisé sur la consommation de l'alcool chez les algériens âgés de 15 et plus, qui représentent 71% des 40.3 millions d'algériens en 2016.

Ainsi, l'OMS a noté dans son document que «la consommation globale d'alcool divisée par le nombre d'Algériens concernés a légèrement augmenté ces dernières années, passant de 0.7 litre par personne en 2010 à 0.9 litre par personne en 2016, dont 1.6 litre par homme et 0.2 litre par femme cette même année».

Le même rapport, relève à propos de la prévalence d'une lourde consommation épisodique, ou bien en d'autres termes, une consommation d'au moins 60 grammes d'alcool pur lors d'au moins une occasion par mois. Celle-ci est estimée à 0.6% de la population algérienne (15 ans et plus) et 19.3% de la population consommatrice d'alcool. Cette prévalence est observée plus chez les hommes avec 1.1% contre 0.1% chez les femmes et 23.5% des consommateurs d'alcool contre 6.2% des consommatrices d'alcool.

S'agissant de la prévalence d'une dépendance à l'alcool, selon le rapport de l'OMS, «elle est évaluée à 0.7% de la population», alors que «la prévalence de troubles liés à la consommation d'alcool est estimée à 0.8% de la population». (algerie-eco.com/2018/09/25/selon-un-rapport-de-Loms-seul-3,2-desAlgériens-consoment-de-l'alcool).

## **5-Caractéristiques :**

**Grâce à Fouquet(1971), des caractéristiques** communes aux sujets alcooliques ont été identifiées et constituent des éléments sémiologiques. On distingue :

➤ **L'apsychognosie** : qui se caractérise par le maintien trompeur des apparences, la perte de la capacité de se voir, de se juger par rapport aux autres et à soi-même, la présence de fantasmes archaïques, l'altération de la communication intersubjective (dialogue de sourd, rationalisation passe-partout...). (Varescon,I. 2005, P57)

Trois autres caractéristiques conjointes sont à ajouter à l'apsychognosie :

➤ **L'asomatognosie** qui correspond à une sorte d'ignorance ou de négation du corps conçu comme un accessoire, vécu comme étranger. Ce qui peut

en partie expliquer la négligence corporelle, l'absence de préoccupation pour les manifestations somatiques.

- **L'anosognosie** qui est une méconnaissance, le sujet ne veut rien savoir sur sa conduite alcoolique, sur les conséquences.
- **L'athanognosie** qui se caractérise par le fait de ne pas parler de la mort alors que paradoxalement l'alcoolisation est en elle-même une conduite possiblement mortelle. (Varescon, I. 2005, P57).

## **6-les symptômes observés sur l'alcoolisme :**

Les principaux symptômes ressentis par la personne alcoolique sont l'appétence, la dépendance et le sevrage.

- L'appétence correspond au besoin irrésistible pour l'individu de consommer de l'alcool.
- Celle-ci est à la base de la dépendance psychique (incapacité de l'individu de vivre sans consommer) et d'une dépendance physique (sensation de manque ressentie par l'organisme). Elle se traduit en anglais par le terme craving.
- L'état de sevrage apparaît si le besoin d'alcool n'est pas comblé à court terme. Les signes de sevrage sont : hyperactivité neurovégétative, tremblement, nausées ou vomissements, sueurs, Insomnies, hallucinations, agitation psychomotrice, anxiété, crises convulsives et troubles de l'humeur. Ces signes disparaissent après le premier verre d'alcool mais leur fréquence d'apparition s'intensifie au fur et à mesure que la dépendance s'accroît.

Par ailleurs, l'intoxication a lieu quand la personne présente des modifications comportementales ou psychologiques inadaptées apparaissant à la suite de consommation d'alcool (altération du jugement, comportement agressif, par exemple). La personne peut également présenter un discours bredouillant, une incoordination motrice, une démarche inadéquate, une altération de l'attention ou de la mémoire, et des signes de stupeur ou de coma. (Mikolajczak, M. 2013, P177).

## **7-Les troubles induits par la dépendance à l'alcool :**

La dépression vient fréquemment se surajouter au diagnostic de dépendance Alcoolique.

Selon le Pr Rossaux : « 80% des alcooliques présentent des symptômes dépressifs. après le sevrage, 20% d'entre eux présente encore des symptômes de dépression et doivent être soignés avec des antidépresseurs. »

L'alcool exacerbe les idées noires, les idées suicidaires et accroît par conséquent le risque de passage à l'acte. Les soignants devront y être particulièrement attentifs, car la prévalence du suicide chez les alcooliques est 8 à 10 fois plus élevée que dans la population générale.

Heureusement, l'humeur dépressive diminue fortement après quelques semaines d'abstinence. La période juste après le sevrage est toutefois critique car la dépression n'a pas encore disparu et elle augmente fortement le risque de rechute.

SELON Koob et Le Moal, la dépression qui accompagne la dépendance ne serait pas seulement le résultat de la dégradation de la qualité de vie de l'alcoolique, mais pourrait être la conséquence directe d'un dérèglement physiologique du système du plaisir, induit par l'alcool. En effet, avant qu'il n'y ait dépendance, lorsque le système de récompense est stimulé par l'alcool, il en résulte une expérience de plaisir. Cette expérience de plaisir est toutefois limitée par d'autres mécanismes afin d'entretenir l'homéostasie. (Mikolajczak, M. 2013, P180).

Néanmoins, lorsque l'addiction s'est installée, le processus chargé de limiter l'importance du plaisir devient prééminent. Boire est donc devenu nécessaire afin de limiter le déplaisir. Toujours selon ces auteurs, le système de récompense ainsi que celui du stress s'écartent de leur point d'équilibre, ce qui modifie le rapport au plaisir. En effet, dans la dépendance, ce principe d'homéostasie est remplacé par le principe d'allostase consistant à entretenir un nouvel équilibre afin de pouvoir répondre aux exigences du milieu constitué de nouvelles normes. (IBID. P180).

## **8-Effet et conséquences de l'alcool sur l'individu**

L'alcool en tant que psychotrope va avoir des effets variables selon la quantité consommée sur le psychisme et sur le comportement du sujet qui le consomme. Néanmoins, on sait que :

- L'alcool facilite les échanges interpersonnelle ;
- L'alcool calme les souffrances internes, le mal-être psychique :réduction de l'anxiété, de la dépression ;
- L'alcool donne l'impression d'être tout-puissant ;
- L'alcool permet grâce à l'état second qu'il provoque de fuir une réalité décevante
- L'alcool lève les inhibitions et peut entraîner des comportements proches du passages à l'act (violences physique et/ou séquelle, actes

impulsifs...).Les effets hédoniques et euphorisants de l'alcool ne doivent pas faire oublier les conséquences d'une consommation massive. Les conséquences de l'alcoolisme se constatent au niveau somatique : troubles gastro-entérologiques (hépatite,cirrhoses, pancréatites aiguë, gastrites, etc.), troubles neurologiques, insuffisance cardiaque, encéphalopathies,polynévrites, épilepsie, atteintes vasculaires, retentissements cutanés... Sur le plan psychologique, les troubles du caractèreet de l'humeur sont à relever. Au niveau de la sphère intellectuelle, des troubles mnésiques peuvent apparaître. (Mikolajczak,M. 2013, P182) .

## **9-Les premières conceptions psychanalytiques de l'alcoolisme**

- L'oralité et l'homosexualité des alcooliques
  
- Plus que Freud lui-même, ce sont ses disciples Abraham, Rado, Fenichel, Ferenczi, qui ont tenté de décrire la personnalité de l'alcoolique . Jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, les psychanalystes ont surtout évoqué l'oralité alcoolique d'une homosexualité latente. Cette problématique sera remise en question dans les approches psychanalytiques ultérieures. (Besançon,G. 2005, P147)
  
- L'alcool : agent auxiliaire du refoulement et des défenses maniaques

Freud n'a fait qu'effleurer la question de l'intoxication alcoolique , Cependant, il dénonce à l'occasion certaines idées reçues : parmi celles-ci, on retiendra le mythe du « vin qui rend gai »

Pour Freud, ce n'est pas le vin qui rend gai mais la « suppression, toxiquement réalisée, des dépenses en refoulement » l'ivresse joyeuse ressemble donc aux états triomphants du moi

manique qui, lorsqu'il est libéré du travail de deuil nécessaire pour surmonter la perte de l'objet aimé, se précipite sur de nouveaux investissements objectaux.

➤ L'alcool-récompense et le principe de plaisir

Pour satisfaire au principe de plaisir et tenter d'imposer un démenti à la réalité, l'être humain peut recourir à l'intoxication alcoolique, au même titre, ajoute Freud, qu'il use de la névrose, de la folie, de l'extase ou du repliement sur soi. La théorie freudienne anticipera même sur les explications neurochimiques, et Freud avancera l'hypothèse d'un système de récompense interne à l'organisme dont le fonctionnement chimique et les effets anxiolytiques seraient analogues à ceux causés par les stupéfiants.

Mais alors pourquoi certains se contenteront-ils de cette toxicomanie interne ? Pourquoi d'autre deviendront-ils maniaques plutôt qu'alcooliques ? Ces questions restent sans réponse dans l'œuvre de Freud et des premiers freudiens. (Besançon, G. 2005, P147).

### **10-Approche cognitivo-comportementaliste :**

C'est à partir d'une conception pragmatique que cette approche s'est développée : si les sujets alcooliques ont besoin de consommer de manière excessive de l'alcool, c'est parce qu'ils ne sont pas en mesure d'avoir un comportement plus adapté.

De ce fait, le principal point de départ de l'approche cognitivo-comporte-mentaliste dans le champ de l'alcoologie concernait l'entraînement aux habiletés. Les habiletés peuvent se définir « comme l'ensemble des compétences requises par un individu pour atteindre des objectifs planifiés dans une situation donnée. Elles nécessitent une bonne perception des données contextuelles, le traitement des informations nécessaires à leur compréhension et leur analyse et enfin la conceptualisation et l'émission d'une réponse pertinente. Le rôle attribué à l'efficacité personnelle perçue s'avère d'une importance capitale dans l'amélioration de l'autonomie, de l'estime de soi et la qualité de vie du malade. ».

Ce regard porté sur le comportement alcoolique rejoignait l'idée princeps de Jellinek (1960), qui pensait que la consommation abusive était un comportement appris, certes inapproprié, pour faire face aux émotions négatives. Selon l'auteur, l'alcool aide les sujets à se sentir mieux, dans un premier temps. Mais la consommation excessive et répétée d'alcool rend peu probable une gestion efficace des émotions. Plus tard, une dimension davantage cognitive allait être associée aux habiletés. Par exemple, la résolution de problèmes constituait



une intervention cognitive dans la mesure où elle proposait aux patients d'analyser et de trouver des solutions aux problèmes d'alcool auxquels ils étaient confrontés.

La théorie de l'apprentissage social émise par Albert Bandura (1976) dans ses versions successives a introduit des composantes cognitives telles que l'efficacité personnelle et l'anticipation du résultat. Cette théorie a largement influencé le modèle de prévention des rechutes de. L'hypothèse de base est qu'un patient qui s'engage sur la voie de l'abstinence sans avoir les moyens nécessaires de gérer efficacement une situation à situation à haut risque risquerait de consommer à nouveau de l'alcool. Le fait de ne pas pouvoir gérer une telle situation renforcerait le sentiment de faible efficacité personnelle et un manque de confiance en soi, tout en conservant l'idée que la prise d'alcool les aiderait à recouvrer un état positif.

L'apport de James Prochaska et de son élève Carlo Di Clemente (1998) a contribué au développement et au remaniement de l'approche cognitivo-comportementaliste. (Varescon,I. 2005, P65).

Leur modèle transthéorique du changement (TMC). Par transthéorique, les auteurs entendaient que leur modèle pouvoir être applicable quel que soit le cadre théorique de la thérapie et s'intéressaient exclusivement au processus de changement comportemental. Leurs travaux ont permis, d'une part, de faire clairement la distinction entre la motivation au changement et l'acquisition du changement et, d'autre part, de servir de base à ce que William Miller a appelé l'entretien motivationnel. Celui-ci est défini comme un style d'interaction visant à accroître la motivation à changer et particulièrement adapté aux sujets présentant une problématique alcoolique. . (IBID P65)

## **11-Critère diagnostiques :**

A. Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12mois :

1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux , pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.

3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage d'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
  - b. Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool (cf.les critères A et B du sevrage de l'alcool, p. 593).
  - b. L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Spécifier si ;

**En rémission précoce** : après que tous les critères du trouble de l'usage de l'alcool aient été préalablement remplis, plus aucun ne l'a été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse(craving),fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool »,qui peut être rempli).

**En rémission prolongée** : après que tous les critères du trouble de l'usage de l'alcool aient été préalablement remplis, plus aucun ne l'a été à aucun moment pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse (craving),fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool »,qui peut être rempli).

Spécifier si :

**En environnement protégé :** cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès à l'alcool est limité.

**Code reposant sur la sévérité actuelle :** Note pour les codes CIM-10-MC : si une intoxication par l'alcool, un sevrage de l'alcool ou un autre trouble mental induit par l'alcool est également présent, ne pas utiliser les codes ci-après du trouble de l'usage de l'alcool. Le trouble comorbide de l'usage de l'alcool est indiqué à la place par le 4<sup>e</sup> caractère du code du trouble induit par l'alcool (cf, la note de codage pour l'intoxication par l'alcool, le sevrage de l'alcool ou un autre trouble mental spécifique induit par l'alcool). Par exemple s'il y a une intoxication par l'alcool comorbide à un trouble de l'usage de l'alcool, seul le code de l'intoxication par l'alcool est noté, le 4<sup>e</sup> caractère indiquant si le trouble léger du l'usage de l'alcool avec intoxication par l'alcool ou F10.129 pour un trouble moyen du grave de l'usage de l'alcool avec intoxication par l'alcool.

Spécifier la sévérité actuelle :

305.00 (F10.10) Léger : présence de 2-3 symptômes.

303.90 (F10.20) Moyen : présence de 4-5 symptômes.

303.90 (F10.20) Grave : présence de 6 symptômes ou plus.(Croc.M-A.GUELFILJ,d,p583).

**12-prise en charge :**

**12-1-Prise en charge médicale :**

Dans le tableau suivant, sont présentés les différents médicaments régulièrement prescrits aux personnes alcooliques. Ils doivent être pris sous contrôle médical en raison des effets secondaires possibles. En outre, il est préférable qu'ils soient associés à un accompagnement psychologique.

**Tableau :** Les principes médicaments, leurs actions et leurs effets secondaires :

	Médicaments	Action	Effets secondaires
Avant le sevrage	Nalmefène (non enregistré en Belgique)	Diminution de la consommation	

Pendant le sevrage	Benzodiazépines (Diazépam)	Lutte contre tremblement, anxiété et insomnie	Dépendance en cas de prise prolongée ou delà du sevrage
	Apport hydrique (deux litres/jour pendant 48h)	Elimination, par les reins, du liquide ingéré avant le sevrage	
	Thiamine-B1 Pyridoxine-B6	Compensation d'un déficit en vitamine B	
	Neuroleptiques	Lutte contre les hallucinations ou la paranoïa en cas de delirium tremens	
Après le sevrage	Disulfirame	Dissuasion de boire par provocation de symptômes désagréable (effet antabuse)	Troubles neurologiques des jambes, hépatite médicamenteuse
	Psychotropes	Lutte contre la dépression, les TOC,etc	
	Acamprosane	Maintien de l'abstine	Troubles du transit intestinal et ballonnements
	Naltrexone	Prévention des rechutes	Nausées, fatigues

**12-2-Prise en charge thérapeutique :**

La prise en charge thérapeutique de la problématique alcoolique dépend du stade de la maladie et du degré d'acceptation par le patient de la nécessité d'un changement des habitudes de consommation. Comme pour les autres assuétudes, on distinguera les approches visant une abstinence complète de celles plus modérées dans leurs ambitions, cependant, en ce qui concerne la dépendance à l'alcool, les projets d'abstinence complète sont les plus souvent recommandés bien que chez des consommateurs abusifs ou à risque, une modération et une réduction des risques puissent être prônées. Nous décrivons plus bas ce qu'il en est du soutien des projets d'abstinence. En préambule de cette section, il nous paraît aussi important d'avertir le lecteur qu'une des difficultés majeures rencontrées dans le cas de la problématique alcoolique est la

difficulté de celui-ci à reconnaître la réalité et les conséquences de sa consommation. On parlera bien souvent de déni de la consommation ou des effets de celle-ci. Ce processus psychologique est très puissant : la personne qui consomme et détériore sa santé et les relations à son environnement social prétend souvent ne reconnaître ni le caractère dramatique de la situation, ni le lien entre celle-ci et sa consommation. Ceci apparaît souvent aberrant au soignant et est réellement insupportable pour l'entourage qui éprouve bien souvent le sentiment de dire sa souffrance à "un mur". Actuellement, le déni semble relever à la fois d'une dimension subjective (le refus de l'image de l'alcoolique, le refus de la responsabilité des actes posés) et d'une dimension plus physiologique, qui traduit les déficits neurologique qu'à entraînés cette consommation prolongée de boissons alcoolisées sur les processus cognitifs qui permettent le rapport au soi. C'est cette dimension de déni qui motive le travail thérapeutique important d'accompagnement du patient alcoolique vers un changement, comme décrit dans la section suivante. (Mikolajczak, M. 2013, P182).

#### **12-1-1-La cure de désintoxication :**

La cure désintoxication consiste en un programme spécifique mis en place dans un cadre hospitalier ou dans un centre spécialisé comprenant une unité de traitement des patients dépendants à l'alcool. Ce programme s'adresse aux personnes alcooliques menacées de rupture tant au niveau familial, social, que professionnel (Derely & Dermite, 2001). Cette prise en charge médicale vise à interrompre la pharmacodépendance dans un cadre propice et à l'aide d'une pharmacologie adaptée. L'objectif de la cure de désintoxication est de mettre en place un sevrage visant l'interruption totale de la consommation d'alcool. Pour qu'elle soit efficace, elle doit toutefois s'inscrire dans un projet d'accompagnement en trois phases (Bates, 2011). (IBID. P184)

#### **12-1-2-La préparation du changement :**

Durant cette phase, la personne va montrer de la résistance à la mise en place du sevrage. La personne va devoir prendre conscience qu'elle ne peut plus vivre avec sa dépendance (Bates, 2011). Pour que la cure fonctionne, il est essentiel que le patient s'approprie la demande de sevrage, même s'il n'y vient pas au départ de son plein gré

(s'il est envoyé par son épouse ou son supérieur, par exemple). (IBID. P185)

#### **12-1-3-La réalisation du changement :**

Lors de cette phase, deux types de sevrage peuvent être mis en place :

1 ) Le sevrage résidentiel, qui consiste en un séjour d'une durée variable à l'hôpital ou dans un centre spécialisé. Cette prise en charge comporte plusieurs avantages. Premièrement, la personne est assistée médicalement et est à l'abri de l'alcool et de ses tentations. Deuxièmement, l'hospitalisation lui permet d'effectuer différents examens médicaux favorisant notamment la prise de conscience de son état (cirrhose du foie, par exemple). Troisièmement, cela soulage le patient et son entourage du poids moral engendré par la dépendance.

2) Le sevrage ambulatoire, qui permet à la personne de rester dans son milieu de vie. Cependant, la prise en charge est rendue plus difficile par la proximité avec l'alcool (Bates, 2011) et il n'y a pas de surveillance en cas de sevrage difficile. C'est la raison pour laquelle il sera important d'instaurer des visites régulières du médecin généraliste au début de ces sevrages à domicile.(IBID. P185)

#### **12-1-4-Le maintien du changement**

Cette troisième phase vise à maintenir l'abstinence après le sevrage (Bates, 2011). Une fois le sevrage terminé, on ne peut pas parler de guérison mais plutôt de stabilisation ou de rémission, Parceque les rechutes sont fréquentes. Notons que, dans la plupart des cas, le sevrage ne sera efficace que s'il est relayé par un projet thérapeutique. Une prise en charge psychothérapeutique est utile dans ce contexte Parce qu'elle permet de considérer le patient dans sa globalité (Derely&Dermine, 2001) et de comprendre et de travailler l'ensemble des facteurs qui ont participé à l'initiation et au maintien de la dépendance alcoolique. Hormis les dimensions spécifiques abordées par les différents types de psychothérapie, le suivi doit aussi permettre le maintien d'un échange autour de question des difficultés dans le rapport à l'alcool, ce qui est une dimension importante du maintien de l'abstinence. En effet, dans certaines approches psychothérapeutiques, la question de l'alcool finit par être occultée et la reprise de la consommation entrave alors le travail psychothérapeutique. Dans certains cas, il sera intéressant que deux intervenants distincts puissent aborder l'un des questions en lien avec le maintien de l'abstinence et l'autre un travail psychothérapeutique plus général.(IBID. P185)

#### **12-1-5-Les psychothérapies possibles**

Plusieurs prise en charge psychologique ont été étudiées empiriquement et sont considérées comme efficaces dans le traitement de l'alcoolisme (Read, Kahler & Stevenson, 2001).

Étant donné qu'aucune ne s'est clairement démarquée des autres, nous les présentons tour à tour ci-dessous. De manière générale, certaines approches vont cibler de manière spécifique la question de la consommation, d'autres des dimensions beaucoup plus générales de l'individu. (Mikolajczak, M. 2013, P186).

#### **12-1-6-L'approche motivationnelle :**

L'entretien motivationnelle (EM), développé dans les années 1980 par Miller et Rollnick (1991), se définit comme "un style thérapeutique à la fois centrée sur le patient et directif, visant à augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence" (Miller et al., 2002 cité par Carruzzo, Zimmermann, Zuffery et al., 2009, p.407).

Parallèlement à cette approche, Prochaska et DiClemente (1998 cité par Varescon, 2005) ont développé le modèle transthéorique du changement décrivant le parcours motivationnelle du sujet dépendant en six stades (voir chapitre 10, figure 10.2). La prise en charge d'un patient alcoolique nécessite la prise en compte du stade dans lequel se trouve le patient. Au stade de précontemplation, la personne n'a pas conscience de son problème; au stade de contemplation, elle reconnaît avoir un problème mais est ambivalente; au stade de décision, elle prend la décision de modifier son comportement; au stade de l'action, on assiste au premier temps du changement de comportement; au stade du maintien, elle tente de résister aux tentations de retrouver son ancien comportement. La rechute, quand elle a lieu, est caractérisée par un retour à l'ancien comportement. L'évolution n'est jamais définitivement acquise; les retours à un stade antérieur sont toujours possibles (Malet, 2007). La technique de l'entretien motivationnelle est surtout applicable à partir du stade de contemplation. (IBID. P186).

#### **12-1-7-La cure psychanalytique ou la thérapie d'inspiration psychanalytique**

Le corps psychanalytique se révèle très utile pour comprendre l'addiction, la fonction psychique qu'elle revêt pour le sujet (voir par exemple de Timary & Faoro-Kreit, 2012). Comme le souligne Faoro-Kreit, la psychanalyse considère qu'il y a chez l'alcoolique une carence dans le fonctionnement psychique qui le laisse en proie à des tensions ingérables qu'il faut court-circuiter au plus vite par l'agir compulsif de boire. Ces tensions ne relèvent pas uniquement d'états affectifs pénibles mais sont également présentes lors de situations très agréables. Ce n'est donc pas la qualité positive ou négative de l'excitation qui doit être prise en compte mais la quantité de cette excitation qui par sa surcharge dépasse les capacités de contention d'un sujet et qui l'angoisse. (...) l'alcool devient la seule solution dont le sujet dispose

pour échapper à l'excitation qui le submerge et l'angoisse. (...) Incapable de contenir et d'élaborer psychiquement ce qu'il éprouve, l'alcool vient procurer au sujet l'apaisement désiré et salvateur. L'alcool peut toujours être là, il ne déçoit jamais. Il donne l'illusion de maîtrise des excitations en se donnant des sensations répétitives corporelles, même si celles-ci sont destructrices &gt;. Cette théorie analytique de l'alcool a été confirmée empiriquement. De plus en plus d'études mettent en effet en évidence un déficit de la régulation des émotions chez les personnes dépendantes. L'alcool joue le rôle d'une stratégie de régulation dysfonctionnelle qui vient tout à la fois anesthésier les affects déplaisants et augmenter les affects agréables. À l'instar de cette théorie, de nombreuses autres viennent éclairer la problématique alcoolique et fournir au cliniciens des clés pour comprendre et aider le patient. Dans la pratique, plusieurs obstacles entravent le recours à la cure-type : absence de demande du patient alcoolique, difficulté à percevoir sa souffrance, intolérance au cadre analytique, difficultés de verbalisation et de mentalisation (fonctionnement opératoire), fragilité narcissique, etc. (Descombrey, 2004). D'après Varescon (2005), il est donc préférable d'avoir recours à une psychothérapie

d'inspiration psychanalytique, dans laquelle les contraintes de la cure-type sont allégées, notamment par l'intermédiaire du face à face qui permet un meilleur contrôle des émotions (Vachonfrance, 2006). (Mikolajczak, M. 2013, P188- 189).

### **12-1-8-Les approches cognitivo-comportementales**

De telles approches &lt; considèrent qu'un trouble est un comportement qui a été appris de manière inadaptée à un moment donné de l'existence d'un individu et qui est maintenu par divers processus &lt; Malet, 2007, p.445). Il s'agit dès lors d'identifier les processus cognitifs et émotionnelles favorisant la consommation d'alcool et de les modifier à fin de promouvoir un changement de comportement (Perney, Rigole & Blanc, 2008).

Plusieurs thérapies d'inspiration cognitivo-comportementales peuvent être utilisées dans le cadre de l'alcoolisme, idéalement en conjonction avec d'autres approches.

-La thérapie cognitivo-comportementale, les ingrédients varient selon les auteurs mais elle vise généralement à :

1 renforcer les compétences émotionnelles des patients : identifier ce qu'ils ressentent, pouvoir l'exprimer avec des mots, apprendre à tolérer la frustration et à gérer des affects désagréables sans recourir à l'alcool ;



2 renforcer les compétences sociales des patients : apprendre à interagir socialement sans avoir besoin de l'alcool, apprendre à s'affirmer et à communiquer ses besoins ;

3 renforcer la capacité à gérer les impulsions envers la consommation d'alcool.

-La mindfulness ou la thérapie basée sur la pleine conscience:

celle-ci consiste à porter son attention intentionnellement sur l'expérience qui se déploie au moment présent sans la juger (Kabat-Zinn cité par Philippot, 2007, p.19). L'individu est invité à concentrer son attention sur les éléments de son expérience directe (sa respiration, par exemple) et à adopter une attitude de non-jugement vis-à-vis de ses pensées et de son expérience émotionnelle (Philippot, 2007). La mindfulness privilégie une approche centrée sur soi et sur l'acceptation de ses expériences émotionnelles (Forgas cité par Philippot, 2007). Elle permet de sortir de notre tendance à vivre dans le passé ou dans le futur, en nous ramenant dans le présent. De nombreuses thérapies utilisent la mindfulness comme outils thérapeutiques, notamment la thérapie de prévention de la rechute pour patients dépendants à l'alcool de Marlatt (cité par Philippot, 2007). (Mikolajczak, M. 2013, P190)

### **12-1-9-La thérapie de l'acceptation et de l'engagement**

Celle-ci vise à promouvoir d'une part l'acceptation de son passé et des émotions désagréables. Plutôt que de chercher à fuir son vécu et ses émotions, cette thérapie insiste sur l'importance de reconnaître son vécu, d'accepter qu'on puisse ressentir des émotions désagréables, d'apprendre à observer ses pensées et à les laisser aller sans s'y accrocher. Cette thérapie part du principe que fuir ses émotions désagréables (au travers de l'alcool, par exemple) ne conduit qu'à les renforcer. D'autre part, cette thérapie prône également l'engagement. Il s'agit d'identifier ses valeurs existentielles et d'agir conformément à celle-ci, au lieu de s'oublier face aux exigences extérieures, qu'elles proviennent d'autrui ou de notre environnement. L'accent est mis sur l'importance de vivre dans l'ici et maintenant, de construire une vie qui a du sens. (IBID. P190)

### **12-1-10-Les thérapies de groupes :**

Ces thérapies peuvent se baser sur des courants théoriques différents (Varescon, 2005). L'avantage des groupes est qu'ils aident à surmonter une certaine passivité, à faciliter l'acceptation de la dépendance, à réduire le déni, notamment à l'aide de l'effet miroir.

Il permettent également d'augmenter la motivation à l'abstinence, de chercher ensemble des solutions aux problèmes émotionnels et communicationnels que les sujets rencontrent, d'apprendre à gérer les tensions et de répondre au besoin du support social.(Mikolajczak,M. 2013, P190).

### **12-1-11-Les groupes d'entraide :**

Ces groupes ne sont pas basés sur un courant théorique particulier et visent à revaloriser, déculpabiliser, favoriser la communication, l'introspection et la compréhension de soi, ainsi qu'à soutenir les personnes alcooliques (Read et al., 2001). Le fait de pouvoir partager son vécu avec des anciens consommateurs va permettre au sujet alcoolique de se sentir compris, sans jugement.

Parmi les groupes d'entraide, nous retenons notamment l'association des Alcooliques Anonymes (AA) où, au sein d'un groupe de paroles et d'expressions, la personne alcoolique est amenée à suivre un programme en douze étapes, caractérisant son évolution au sein même du programme. Cette stratégie en douze vise une meilleure compréhension des caractéristiques de la maladie et de ses conséquences (Perney et al., 2008). Les objectifs des AA sont de maintenir la sobriété et d'accepter l'alcoolisme.

Comme une maladie qui peut être interrompue mais qui ne sera jamais éliminée. Pour le Pr. Roussaux: des stades différents de guérison, certains continuent à aller dans ces groupes, même lorsqu'ils sont abstinents. Ils n'arrêtent de boire que 24h à la fois, ce qui est assez subtil, car ils ne disent pas qu'ils arrêtent pour toute leur vie. Sur 100 patients, il y en a 25% qui, après un an, disent que cela leur a servi à quelque chose. A Neumann indique que Les AA viennent à l'hôpital, on incite les patients à y aller mais on ne les oblige pas. C'est complémentaire, mais le format de groupe ne convient pas à tout le monde. (Mikolajczak,M. 2013, P190).

### **Conclusion**

Les souffrants de dépendances alcoolique ont souvent tendance à se référer à l'abus d'alcool, ils le trouvent comme le seul moyen pour échapper aux idées noires, mais malheureusement ils l'on n'arrive pas à trouver la solution d'une auto-consultation. Déjà pour commencer ils finissent toujours par avoir une dépression et des angoisses, des stress énormes, aussi pour consulter certains ont peur du regard de la société et de leurs familles. De la même façon certains émotions, sont difficiles à vivre et à être dévoilées pour une autre personne. C'est pour cela qu'on doit être empathiques et bienveillant avec eux, pour que sa volonté de vouloir corriger sa situation soit facile à traiter.



# **Chapitre III**

## **Dépression**

## **Préambule :**

Malgré l'avancés scientifique, la dépression reste un enjeu majeur de santé publique, le syndrome dépressif et la dépression sont des synonymes pour exprimer une perturbation de l'humeur dans le sens de la tristesse.

On parle de la dépression lorsque le sujet présente une tristesse, une souffrance intérieure, une douleur morale au sens pathologique, et lorsque cette dépression de l'humeur atteint un certain degré d'intensité et de durée, et qu'elle a un ralentissement sur la vie affective et psychique du sujet.

## **1-Historique :**

Le terme de dépression est utilisé en psychiatrie depuis le milieu du XIX siècle. Il s'est imposé progressivement, au cours du demi-siècle qui a suivi aux côtés puis en englobant le terme mélancolie, historiquement introduit par Hippocrate, qui est réservé à une forme cliniques, spécifiques. La diffusion avec un double mouvement, d'une part de médicalisation de ce concept et d'autres part de médicalisation de la psychiatrie au-delà du champ de l'aliénisme. Auparavant, seules les formes spectaculaires les plus handicapantes étaient clairement identifiées comme appartenant au champ de la médecine. Les dépressions moins sévères répondaient alors, et répondent encore parfois, au vocabulaire commun (le cafard, le blues, les difficultés existentielles) ou à celui des poètes et écrivains tel Sénèque qui évoquait le *tædium vitae*, cette lassitude de soi et du monde, Châteaubriand le vague des passions ou Baudelaire le spleen.

Les troubles dépressifs apparaissent hétérogènes. De nombreux types ou sous-types ont été décrits, qu'il soit phénotypiques, expression d'angles de description variés ou qu'ils correspondent à des niveaux conceptuel différents. Cette hétérogénéité fait écho aux nombreuses conceptions thé théorique. Que la neurobiologie nous laisse entrevoir, sont aussi multiples et hétérogène et ne permettant plus d'une origine commune qui serait un trouble fondamentale d'une « fonction thymique ». Il n'est guère non plus possible pour unifier le concept de dépression d'invoquer la spécificité des traitements. Celle-ci est faible, les antidépresseurs étant de bonne traitements des troubles anxieux, et l'électro convulsion thérapie très efficace dans les états maniaques ou les schizophrénies catatoniques. Il est donc nécessaire de revenir à un niveau conceptuel plus Modest, ce lui de la clinique et de regroupement syndromiques, pour légitimé l'unité nosographique de La dépression. Ainsi la

dépression n'est – elle pas une maladie mais un syndrome (ensemble de symptômes constituant une unité clinique mais non étiologique pouvant s'intégrer différents troubles dont certains sont probablement des maladies. (Rouillon.F, Guelfi.J, 2012, p291)

## **2- Définition de la dépression :**

Le mot dépression est d'origine latine : déprimer =abaisser, avec le sens d'enfoncement. Le sens d'affaiblissement est récent. Pour le Larousse, on évoque l'aplatissement : une dépression. De là au sens figuré, diminution des forces physique ou moral : la dépression mental. (Dictionnaire critique de la psychothérapie, 2006. )

Aussi, La dépression est une notion polysémique .elle désigne un ensemble hétérogène de troubles, associé à de nombreux facteurs psychosociaux et biochimiques (Swendsen et blatier, 1996, P.80). On parle d' « humeur dépressive » pour désigner un état momentané de détresse, de perte D'intérêt, d'énergie et d'entrain, peuvent survenir à la suite d'un évènement aversif (perte, séparation, déception, échec, maladie...), lorsque le sujet ne dispose pas (ou croit ne disposer) des ressources (personnelles et sociales) nécessaires pour faire face. (Boujut.E, Bruchon-schewitz.M, 2014, p241.)

Au sens clinique est un ensemble de symptômes émotionnels cognitifs, comportementaux et somatiques. Le syndrome dépressif comprend des affects négatifs (découragements, tristesse, craintes, soucis, et parfois hostilité et méfiance), des cognitions particulières (idées d'indignité, dévalorisation de soi, culpabilité, sentiments d'échec, idées de suicide), des troubles comportementaux (retrait, fuite, isolement, fatigabilité, ralentissement, expression triste ou figée...) et somatiques (fatigue, faiblesse, troubles du sommeil et de l'appétit, céphalées, vertiges, troubles digestifs...). (Ibid., 2014, p242.)

Selon Th .lempérière, « déprimer signifie abaisser .les affects dépressifs expriment toutes les nuances de la morosité, de la langueur de la nostalgie, du spleen, du cafard, du découragement, jusqu'à la dépression la plus profonde, état de tristesse pathologique et de douleur morale. Cette dysphorie s'accompagne d'un sentiment de dévalorisation de soi-même de pessimisme, de fatigue et de d'inhibition » pour Widlocher, le syndrome dépressif est caractérisé par deux traits fondamentaux : la tristesse et le ralentissement psychomoteur. (Sinelnikoff. N, 2006, P 100).

Selon le dictionnaire infirmier de psychiatrie le terme de dépression recouvre diverse manifestation pathologique qui a en commun une souffrance morale, une inhibition psychomotrice et un dérèglement des fonctions instinctuelles. (Ivanov-Mazzucconi. S, Digonnet. A et All, 2005, p63.)

### **3-Le syndrome dépressif et les symptômes non spécifiés :**

Le syndrome dépressif comprend un ensemble de symptômes dont deux sont essentiels car ils suffisants à poser le diagnostic : l'humeur dépressive et la perte de l'élan vital. Notamment les signes somatique, presque constamment présentes dans les états dépressifs.

#### **3-1 – L'humeur dépressive :**

L'humeur dépressive n'est pas une tristesse. Le pessimisme imprègne l'ensemble de la vie mental du déprimé. Il existe une véritable douleur morale, parfois suffisamment intense pour des idées de mort. Le pessimisme porte sur les événements actuels et futurs. Le passé reste assez souvent épargné, parfois idéalisé (nostalgie). Il existe chez les déprimé une perte de l'estime de soi avec des sentiments de dévalorisation et d'autodépréciation. Dans certains cas, le patient a des idées franchement déréelle sur lui-même (ruine, indignité, culpabilité, incurabilité). De telles idées caractérisent l'état mélancolique, lors duquel le risque de passage à l'acte suicidaire est maximal.

L'humeur dépressive s'exprime généralement sur le plan comportemental, notamment au niveau de la mimique. Le faciès est triste, figé, quelques fois déformé par la douleur (les sourcils dessinent l' « omégamélocolique »). L'ensemble de la gestualité corporelle exprime le découragement et l'abattement. Les idéations dépressives ne sont par contre pas toujours exprimées verbalement par le sujet. Lorsque 'elles le sont, c'est en général sous la forme d'une plainte douloureuse, ou parfois d'un discours cynique sur un monde dépourvu de sens.

L'humeur dépressive ne se maintient généralement pas en permanence lors d'un état dépressif. Il existe par moment des états d'émoussement affectif, voire d'indifférence, ou même, dans certains cas, d'anesthésie affective dont le patient a conscience. Ces états .lors desquelles le déprimé est plus ou moins incapable d'éprouver des émotions ou des intérêts, peuvent eux aussi être l'objet d'une plainte adressée au médecin. (Besançon. G, 2016, P, 48)

### **3-2- La perte de l'élan vital :**

Elle comporte plusieurs dimensions :

- Le ralentissement psychomoteur a pris depuis quelques années une importance diagnostique centrale au sein du syndrome dépressif.

Sur le plan moteur, le ralentissement touche globalement l'ensemble de la mobilité corporelle et notamment la démarche, la mimique, le débit verbal. La voix est monotone ; le temps de latence des réponses lors d'un dialogue est allongé ; le discours, quantitativement pauvre, est émaillé de pauses fréquentes. Le ralentissement psychique se traduit par une altération des fonctions cognitives, plus particulièrement celle qui nécessite un effort (les activités automatiques sont préservées). Par ailleurs, comme dans l'anxiété, il semble exister lors de la dépression un traitement sélectif des informations au profit des données congruentes à l'humeur (donc ici celles qui confrontent le pessimisme et les thèmes d'auto dévalorisation) ;

- L'asthénie dépressive constitue également une gêne importante pour le malade. Contrairement à la simple fatigue, elle se caractérise par une prédominance matinale (difficultés à se lever, à se « mettre en route » et par le fait qu'elle n'est guère améliorée par le repos

Enfin, la notion de perte de l'élan vital renvoie à une approche phénoménologique de la dépression qui a permis de montrer comment le déprimé se révélait incapable de se projeter dans l'avenir et d'anticiper son futur. (Besançon. G, 2016, P, 48)

### **3-3- Les symptômes non spécifiques :**

Les symptômes somatiques sont assez variables selon les cultures. Dans les pays occidentaux, dits développés, ils sont largement dominés par l'anorexie et ses conséquences : perte de poids, voire dénutrition. La constipation est le deuxième symptôme le plus souvent observé. Les autres symptômes somatiques ont une importance moindre : hypotension, bradycardie, tendance lipothymique.

Troubles sexuels, dont le déterminisme paraît plus complexe car très lié à la perte de l'élan vital, sont très fréquentes : diminution du désir, impuissance, frigidité.

Certains types de douleur sont également souvent observés (céphalées, algies pseudo-rhumatologiques.). Leur rapport avec la dépression reste actuellement mal expliqué.

Le sommeil du déprimé est en règle générale perturbé par des réveils nocturnes avec difficulté du ré endormissement et par une insomnie de fin de nuit avec réveil précoces.

Enfin, certains symptômes psychiques sont fréquemment associés au syndrome dépressif :

-Un certain degré d'irritabilité, d'impulsivité, susceptible de déterminer des comportements de violences, témoigne souvent de l'existence d'un état dépressif larvé dont la symptomatologie peut secondairement se compléter ;

-Une dimension anxieuse est associée à bon nombre d'états dépressifs, cause possible de difficulté diagnostique. (Besançon. G, 2016, P, 49)

## **4-Les formes cliniques de la dépression**

### **4-1-La mélancolie :**

Elle est caractérisée par la gravité de la symptomatologie : l'humeur dépressive marquée par l'intensité de la culpabilité et de la dévalorisation, le pessimisme (avec sentiment d'incurabilité) et la douleur morale, l'intensité du ralentissement psychomoteur ou de l'agitation anxieuse, l'intensité du syndrome somatique avec anorexie et amaigrissement, l'anhédonie et l'anesthésie affective, le réveil matinal précoce et l'amélioration vespérale, le risque important de suicide. Les symptômes peuvent s'y manifester selon des dominances variables :

La forme stuporeuse est marquée par l'inhibition totale de toute activité motrice et mimique. L'immobilité, le mutisme, l'absence de réaction à tout stimulus extérieur, les traits figés, l'attitude de refus en font un véritable négativisme douloureux.

La forme anxieuse est, tout au contraire, dominée par l'agitation, la sollicitation relationnelle incessante, la stérilité de l'interrogation, le risque de raptus suicidaire.

La forme délirante est marquée par une conviction délirante qui est au-delà de tout indice de la réalité objective, quelquefois étayée par une activité hallucinatoire auditive. Le délire s'y



montre souvent pauvre, monotone, monothématique. Il est vécu passivement par le patient, dans un sentiment de résignation douloureuse et pénible. Les thèmes, congruents à l'humeur, amplifient toutes les idées mélancolique : autoaccusation délirantes, indignité avec attente d'un châtiment à la hauteur de la faute supposée commise ; idée hypocondriaque avec la certitude d'être atteint d'une maladie incurable ou honteuse ; idées de négation d'organe ou de leur fonctionnement (intestin, larynx) ; idées de ruine, de catastrophe, de deuil (idée de la mort de proches, de la perte total des ses biens, d'un cataclysme imminent). Une forme délirante spécifique est connue sous le nom de syndrome de Gothard qui associe classiquement des idées de négation de la personne et du monde extérieur, d'immoralité et de damnation éternelle.

A ces idées délirantes, on peut aussi bien rattacher les thèmes d'influencemellifique, de possession dialogue et de persécution, lorsque celle-ci est liée à la faute que le sujet s'accuse d'avoir commise. Il peut arriver que les thèmes ne soient pas congruents à l'humeur ; il s'agit dans ces cas, d'idée de persécution ou d'influence.. (Kapsambelis. V, 2012, p564, 565.)

#### **4-2 Les dépressions névrotiques :**

Ce vocable recouvre des tableaux différents. D'une part, des situations de réaction de conflits inconscients d'origine infantile, faisant revivre au sujet une frustration précoce ou un vécu d'abandon. Le facteur déclenchant repéré apparait sans commune mesure avec l'intensité du tableau clinique ; il s'agit d'un événement de la vie actuelle le plus souvent minime, auquel le patient confère une valeur traumatique, en raison de ses carences affectives précoces. D'autre part, la décompensation de névrose déjà connu. La nature de l'épisode dépressif diffère souvent selon la névrose et les fixations concernées : la névrose obsessionnelle peut occasionnellement déboucher sur une décompensation mélancolique ; l'hystérie laisse affleurer à tout moment son vécu dépressif et en précipite la crise qui, à l'inverse, parvient à décharger sa tension.

Dans tous les cas, on y reconnaît généralement une relative modération de la symptomatologie : l'auto-apitoiement plutôt que l'indignité, l'intensité de la quête affective et du besoin de réassurance plutôt que la damnation, l'espoir de réactivité au milieu extérieure plutôt que le retrait, l'inquiétude de l'avenir et l'anxiété plutôt que le pessimisme foncier. On notera que la tentative de suicide prend souvent une signification agressive relationnelle vis-à-vis de l'entourage. Pour autant, et en particulier dans la névrose hystérique, le geste

suicidaire, malgré son aspect théâtral, ne doit pas être minimisé, car il conduit la mort dans un nombre non négligeable de cas.. (Kapsambelis. V, 2012, p 565.)

#### **4-3-Les dépressions réactionnelles :**

Elles suivent un événement de la vie actuelle qui prend une valeur traumatique. Ce sont des dépressions qui restent le plus proches du deuil. Elle en garde le caractère objectif de la cause, clairement reconnue par le patient et le médecin, même si la perte n'est pas seulement celle d'un être cher, mais aussi bien une rupture sentimentale, un échec professionnel, une situation existentielle difficile (solitude, revers de fortune ou autre difficulté matérielle). Elle se différencie par le retour sur soi, le « *tædium vital* », la perte de l'auto-estime, qui indiquent la pathologie dépressive, quand bien même le coup du sort s'est montré particulièrement violent. Sachant aussi que le deuil, tout externe qu'en soit la cause, peut se dérober au classique « travail de deuil », pour devenir dépression.

On y rattache la dépression d'épuisement, déclenchée par la répétition d'événement traumatique, ayant entraîné une surcharge émotionnelle prolongée, ou encore par des situations de surmenage professionnel à forte charge émotionnelle.(Ibid.,2012, p 566.).

#### **4-4- Formes atypiques, dépression masquée, équivalent dépressifs :**

Au sens français du terme, la dépression atypique désigne un des modes d'entrée dans la schizophrénie. Mais au sens anglo-saxon, il s'agit d'un état dépressif dans lequel les signes somatiques apparaissent comme inversés : l'hypersomnie remplace l'insomnie, l'augmentation de l'appétit remplace l'anorexie, entraînant une prise de poids, l'asthénie y est particulièrement intense, l'humeur y est très faible et reste réactive et sensible à l'ambiance, les traits de la personnalité sont d'allure histrionique.

Dans la dépression masquée, les signes dépressifs typiques sont masqués par des symptômes d'une autre nature. Ce sont avant tout des manifestations somatiques, les plus souvent des douleurs : céphalées, algie faciale (glossodynie, odontalgie), lombalgies fixes et persistantes. L'absence de cause organique, le flou des plaintes ayant un retentissement disproportionné, la présence de signes dépressifs déniés par le sujet (troubles du sommeil, irritabilité, « cafard ») permettent de faire le diagnostic.

Dans ce qui est appelé l'équivalent dépressif, les symptômes de la dépression n'apparaissent pas et l'épisode dépressif prend les apparences d'un tableau névrotique, phobique, obsessionnel ou hypocondriaque d'apparition récent ; ils peuvent être remplacés par des troubles du caractère, des conduites alimentaires (boulimie) ou sexuelles, des conduites toxicomaniaque ou des alcoolisations intermittentes.. (Kapsambelis. V, 2012, p567.).

#### **4-5- Les dépressions « secondaires » :**

On appelle « secondaire » l'état dépressif qui apparaît au cours de l'évolution d'un tout autre tableau clinique.

Des épisodes dépressif viennent régulièrement compliquer les manifestations des personnalités « limite » et psychopathique, dans les quelle la dépressivité, le sentiment d'abandon et l'impulsivité caractérisent les troubles de la structure. Les tentatives de suicide y sont fréquentes, impulsives et illustrent comment le passage à l'acte constitue, pour ces sujets, la seule possibilité de décharger les tensions internes.

Dans la schizophrénie, l'épisode dépressif inaugure parfois la maladie, souvent de façon insidieuse. Les symptômes de repli et d'isolement sont au premier une allure énigmatique. On cherchera les éléments de dissociation, de préoccupations délirantes non congruentes à l'humeur, une angoisse aux tonalités psychotiques. Le diagnostic différentiel peut être parfois délicat avec une mélancolie délirante. La précession du délire sur la symptomatologie dépressive est un argument important (critère de Ségla).

La dépression peut aussi être dite « secondaire » à une affection somatique. La dépression est parfois iatrogène, induite par certains médicaments considérés comme dépressogène. Enfin, elle peut être secondaire à un sevrage : alcool, benzodiazépines, toxiques, régime alimentaire chez l'obèse. Nous reviendrons ultérieurement sur la dépression secondaire à un état démentiel. (Kapsambelis. V, 2012, p 568) .

### **5-Les facteurs de risque de la dépression**

#### **5-1-Les facteurs déclenchant :**

Les facteurs déclenchant Des états dépressif sont avant tout les expériences de perte : disparition ou éloignement d'un proche, d'un animal de compagnie, d'un objet, d'un statut

(mise à la retraite, licenciement), d'un organe (hystérectomie chez la femme). Mais aussi les situations de conflit, personnel ou professionnels ; les premières semaines de la maternité (post-partum) ; la ménopause ; les maladies organiques ; les effets secondaires de certains médicaments.

### **5-2-Les facteurs prédisposant**

Parmi les facteurs prédisposant, il faut souligner l'importance des facteurs génétiques. La fréquence des antécédents dépressifs dans la famille de certains déprimés constitue un fort argument en faveur de l'existence d'un facteur génétique de risque dépressif. Cependant le rôle de ce facteur reste difficile à évaluer avec précision, d'autant plus que l'expression d'un gène peut être influencée par le contexte environnant le patient. Concernant la maladie maniaco-dépressive, on peut ranger parmi les facteurs prédisposants les expériences de perte précoces étudiées par la recherche psychanalytique, (par exemple perte d'un parent en bas âge) : perte d'objet déterminant ultérieurement un certain type de relation à l'autre, et/ou réactivité lors des expériences de vie à l'âge adulte. (Kapsambelis. V, 2012, p. 558.).

### **5-3-Le suicide**

30 à 70% des suicides sont liés à un état dépressif, 60% étant le taux le plus fréquemment cité dans les études. C'est le risque évolutif majeur de la dépression, et il peut survenir à tout moment de son évolution.

L'évaluation du risque suicidaire est donc un temps essentiel dans la prise en charge d'un déprimé. C'est une tâche délicate qui exige certains repères : l'expression d'idées suicidaires est toujours à prendre au sérieux, même s'il n'existe pas de parallélisme exact entre cette expression et la réalité du désir de mort. On oppose ainsi classiquement le mélancolique cachant un projet suicidaire déterminé aux propos suicidaires de type « appel à l'aide » ou « chantage affectif ».

Les facteurs de risques suicidaires dans les dépressions

- Sexes masculin (les hommes suicident deux fois plus que les femmes)
- Isolement social et affectif
- Survenue d'une rupture dans les six mois précédant le passage à l'acte
- Intensité de la dépression

- Verbalisation d'idées suicidaire précises, avec scénario de mise en acte
- Antécédents familiaux de suicide
- Antécédents personnel de tentatives de suicide. (Kapsambelis. V, 2012, p560).

## **6- Les critères diagnostiques des troubles dépressifs**

Le DSM-5 inclut dans cette catégorie les troubles suivants : le trouble disruptif avec dérégulation émotionnelle ( décrivant des crises de colères fréquentes sur fond d'humeur irritable ou colérique sur une période d'au moins un ans, débutant entre 6 et 18 ans ) ; le trouble dépressif caractérisé (incluant l'épisode dépressif caractérisé, presque équivalent de l'ancien « épisode dépressif majeur » DSM-IV que nous détaillerons plus loin) : le trouble dépressif persistant (dysthymie, qui sera décrit plus loin également) ; le trouble dysphorique prémenstruel (décrivant des symptômes typiques cycliques, se manifestant avant l'apparition des menstruation et s'améliorant dans les jours qui le suivent ) ; le troubles dépressif dû à une autre affection médicale ; le trouble dépressif autre spécifié et le trouble dépressif non spécifié.

Détaillons le trouble le plus fréquent : le trouble dépressif caractérisé. En voici les critères diagnostiques selon le DSM-5 :

A. au moins 5 des symptômes suivant sont présent pendant une même période d'une durée de deux semaines être présentent changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.. (Bioy. A, Foques, D. 2016, P.173.).

1) humeur dépressif présent quasiment toute la journée, presque tout les jours, signalée par la personne (ex : se sent triste, vide, sans espoir) ou observé par les autre (ex : pleur) (NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent).

2) Diminution marquée de l'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toute les activités quasiment toutes la journée, presque tout les jours (signalée par la personne ou observé par les autre).

3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex : modification du poids corporel exilant 5% en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tout les jours (NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise en poids attendue).

4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours

5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).

6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié (qui peut être délirant) presque tous les jours (pas seulement se reproche ou se sentir coupable d'être malade).

8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalé par la personne ou observé par les autres).

9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir) idée suicidaire récurrente sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance à une autre affection médicale.. (Bioy. A, Foques. D, 2016, P, 174.).

NB : les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

NB : les réponses à une perte significative (ex : deuil, ruine, perte au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptôme inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ses symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à cette perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

C. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou d'autres troubles psychotiques.

D. Il n'y a jamais eu auparavant maniaque ou hypomaniaque.

NB : cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie d'une autre pathologie mentale.

Il conviendra, si le trouble est présent, de spécifier sa vérité et son évolution, et s'il s'agit d'un épisode isolé ou récurrent.

Le changement majeur entre le DSM-5 et le DSM-IV concerne la question de deuil. Dans le DSM-IV, la présence de manifestation « dépressives » durant deux mois après de perte empêchait de poser le diagnostic de dépression à moins que les symptômes ne soient sévères. Ce critère de durée a donc disparu du DSM-5.

Cela laisse certain penser qu'on observerait alors une tendance à « psychopathologiser » un phénomène certes douloureux mais normal qu'est le deuil. Cependant, dans le texte complet du DSM-5, des critères précis sont donnée pour différencier un deuil « normal » d'un deuil qui se compliquera d'une trouble dépressif caractérisé. (Bioy. A, Foques. D, 2016, P 175).

## **7-Diagnostic différentiel**

L'anxiété est un sentiment d'attente d'un danger à venir, alors que la dépression est tournée ver le passé ; dans la pratique l'anxiété et son cortège de troubles somatique ne doivent pas être confondus avec les troubles somatique et l'anxiété de la dépression, car le traitement uniquement anxiolytique serait insuffisant ; d'où la valeur de la perte récente des intérêts, du rendement et des plaisirs.

La tristesse normale et les deuils « non compliqués » avec l'absence de la perte de l'estime de soi constituent deux autres diagnostics différentiels. (Godfryd. M ,1994.P ,44).

## **8-Les approches théoriques de la dépression**

### **8-1-Approche psychanalytique :**

La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par Freud dans « deuil et mélancolie » en 1916, alors qu'Abraham travaillait aussi sur ce sujet. Pour Freud, la mélancolie est bien le deuil d'un objet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Mais, à la différence de ce qui se passe dans le deuil normal, qui se résout par un déplacement de la libido vers de nouveaux objets, celle-ci se replie sur le Moi du mélancolique. Une partie de Moi, identifié à l'objet perdu, est dès lors en butte à la critique de l'autre partie du Moi. L'état maniaque est conçu par Freud comme une défonce contre la perte d'objet, par la recherche désordonnée de nouveaux objets à investir. (Besançon.G, 2016,p57).

### **8-2- Approche cognitive-comportemental de la dépression :**

Le concept de la dépression s'associe aux troubles des fonctions cognitives qui se manifestent à travers des pensées dépressives, pessimistes, marquée par une dévalorisation de soi-même, ces pensées s'accompagnent d'une remémoration douloureuse persistante des événements de vie négatifs. Tandis que les événements positifs sont souvent négligés. L'inhibition psychomotrice et le désinvestissement de toute action trouvent ainsi leur fondement dans ces pensées dépressives : puisque dans le passé aucun résultat positif n'a été atteint, l'action future perd tout son sens et son utilité. Comment se fait-il que les expériences heureuses tombent dans l'oubli en cédant la place aux déceptions ? (Pertti.C, 2013, P197).

La mémoire à long terme contient des structures cognitives composées de représentations, de concepts, d'informations diverses, de souvenirs personnels, c'est-à-dire d'entités stockant toutes les théories subjectives de l'individu sur lui-même et sur le monde. Ces structures mettent en relation l'expérience personnelle, les concepts généraux et les règles culturelles et sociales de fonctionnement. Établir ce lien devient possible grâce aux algorithmes ou aux schémas cognitifs : il s'agit des représentations de l'expérience vécue qui guident l'attention sélective et la perception des événements, et facilitent le rappel mnésique des expériences précédentes semblables. Leur caractère stable, organisé, rigide est souvent à l'origine des distorsions de la perception et de l'interprétation des nouvelles expériences qui diffèrent du schéma préexistant. Ces modes de traitement de l'information sont inconscients : ils se forment au cours de l'existence de l'individu et peuvent être modifiés, « désappris ». (Ibid., 2013, p198).

Les schémas cognitifs fonctionnent de manière automatique et expliquent la régularité des actes de l'individu : le filtrage et l'interprétation de l'information sélectionnée se déroulent en fonction des hypothèses implicites concernant les événements aboutissant à une vision restrictive, appauvrie, partielle d'une situation. L'existence des hypothèses implicites fait que le passé rattrape le futur et définit la façon dont celui-ci sera appréhendé. Ces schémas peuvent rester latents pendant des années et se réactiver à l'occasion d'un événement particulier. Ils représentent un moyen rapide et économique de traiter l'information nouvelle et se stabilisent grâce à leur utilisation systématique et leur renforcement par le même type d'information négative.. (Pertti.C.2013, P198)



Les schémas cognitifs dysfonctionnels seraient responsables du sens dépressif donné à une expérience vécue, puisque leur contenu détermine les réponses affectives et comportementales (vécu dépressif et inhibition psychomotrice). Les sujets sont moins émus par les événements eux-mêmes que par l'interprétation qu'ils construisent à leur propos. Les schémas dépressogène activent des cognitions sous la forme d'auto-injonction, par exemple « pour être heureux, je dois réussir tout ce que je fais et tout le monde doit m'accepter et m'aimer ». Ces injonctions laissent entrevoir une approche dichotomique du monde, en tout ou rien. Ainsi, pour confirmer ces postulats, les schémas cognitifs favoriseront une déformation des événements de la réalité.

Ce mode de fonctionnement peut avoir été acquis dans un milieu exigeant, strict qui focalise l'attention de l'enfant exclusivement sur ses erreurs sans renforcer positivement ses réussites, ou encore dans un contexte marqué par des pertes ou des séparations précoces où l'enfant se remet en cause et éprouve un sentiment de dévalorisation et de culpabilité.

L'hypermnésie des événements négatifs favorise l'installation de l'humeur dépressive qui se répercute sur les performances intellectuelles du sujet déprimé : la remémoration devient difficile, les capacités d'attention et de concentration diminuent. (Ibid,2013,p198)

La dépression est un phénomène multifactoriel qui pourrait être dû aux traits de la personnalité, à la vulnérabilité d'ordre génétique ou biologique. Ces facteurs renforcent les schémas dépressogène activés par un événement traumatique et sensibilisent le sujet à des événements de portée de moins en moins importante. Ce stress permanent provoque une anticipation de l'échec personnel et mène aux épisodes dépressifs fréquents, qui tendent à se chroniciser. La dépression peut s'inscrire dans le contexte de troubles de l'humeur unipolaire ou bipolaire, de trouble de la personnalité, s'associer à un trouble anxieux, etc. ce contexte clinique déterminera la façon dont une thérapie sera mise en place. (Pertti.C.2013, P198).

## **9- La prise en charge et le traitement de la dépression**

### **9-1-Le traitement**

Le traitement dépend naturellement de l'étiologie, de la gravité des troubles, de la personnalité du sujet et de la qualité du soutien de l'entourage.

L'hospitalisation sera systématique en cas de mélancolie ou en cas des idées suicidaires importantes, de forte culpabilité ou de tentative de suicide. Elle se discutera dans les autres cas

(rapport avantages / inconvénient) ; en tenant compte notamment : de l'importance de l'inhibition psychomotrice ou celle de l'agitation, de celle d'une altération éventuelle de l'état général, de la présence d'éléments délirants, d'un isolement socio-affectif. Toutefois, il faut en permanence avoir à l'esprit que toute hospitalisation favorise la dépendance, la régression et les « bénéfiques secondaires », pouvant la sorte faciliter une chronicisation des troubles.

Les antidépresseurs sont souvent nécessaires, en n'oubliant pas leur contre-indication et leurs effets latéraux possibles, en sachant qu'ils n'agissent qu'après 15-20 jours et qu'il faudra les poursuivre pendant au moins six mois avant d'envisager de les arrêter progressivement.

Un anxiolytique peut s'avérer nécessaire en cas d'anxiété importante et/ou de trouble du sommeil.

Un neuroleptique sédatif peut être prescrit dans les formes délirantes de la mélancolie : lévomépromazine (no-Zina) ou chlorpromazine (larqactil).

La mise sous sel de lithium (Tégréto) ou sous divalproate de sodium (Dépakote) se discutera dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive.

La psychothérapie est parfois indiquée dans les mélancolies rebelles aux traitements ou présentant des contre-indications aux antidépresseurs.

### **9-2-La thérapie cognitive-comportementale :**

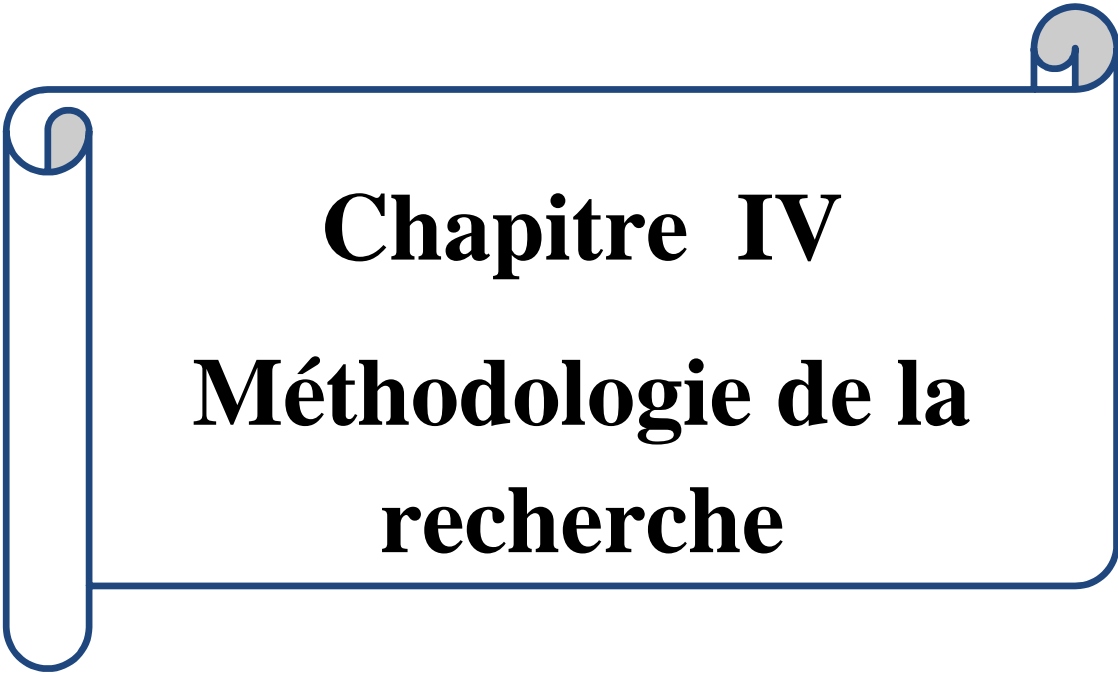
Généralement, le programme de cette psychothérapie s'étale sur une période de 3 à 6 mois et comprend une vingtaine de séances, à une fréquence d'une ou deux par semaine. Comme son nom l'indique, cette thérapie vise à restructurer les dysfonctionnements cognitifs à travers une mise à l'épreuve de la réalité du système de croyances chez un sujet déprimé : elle permet donc à l'individu d'apprendre à faire le tri entre les faits objectifs et leur interprétation subjective. Les distorsions imposées par les schémas dysfonctionnels et les postulats dépressogènes testées d'abord pendant les séances par un dialogue socratique entre le thérapeute et le patient, puis dans la vie de tous les jours, grâce à la mise en situation, le jeu de rôle, les exercices.

Il s'agit d'une thérapie structurée, directive. À chaque séance, le thérapeute et le patient d'accordent sur un agenda précisant les problèmes à traiter : d'une part, il est important pour les deux acteurs de la thérapie de bien organiser le temps ; d'autre part, l'établissement

commun d'un agenda favorise le développement d'une expérience positive de plaisir et de maîtrise. Le patient collabore activement avec le thérapeute, alors que celui-ci met l'accent sur les difficultés actuelles auxquels le patient est confronté et participe à une meilleure compréhension par le sujet de ces propos troubles. Le thérapeute effectue régulièrement un feedback portant sur les aspects soulevés au cours de l'entretien, essentiels dans la compréhension de la problématique du patient et l'orientation de la thérapie, ainsi que sur l'ensemble de la séance : il demande au patient de résumer ce qu'il a compris de la séance, d'évoquer ce qui lui a déplu, et restitue ce qu'il en a retenu lui-même. Cet échange est important non seulement pour repérer et élaborer les pensées négatives à propos de la thérapie, mais également pour corriger d'éventuelles erreurs du thérapeute. Le contenu de la séance écoulée est confronté à l'agenda : les points laissés de côté sont reportés à une séance ultérieure.. (Pertti.C.2013, P198,199).

### **Conclusion :**

La dépression c'est une maladie mentale très fréquente dans notre société et qui a un impact sur toutes les facettes de la vie (la vie sociale, les relations familiales), en effet elle n'est pas une simple tristesse, il existe une véritable douleur morale, qui peut conduire à des idées de mort, et qui nécessite un traitement psychiatrique, psychologique de façon continue tout en respectant la singularité des personnes atteintes du fait de la différence des causes et des circonstances induisant cette maladie.



**Chapitre IV**  
**Méthodologie de la**  
**recherche**

## **Introduction**

La partie méthodologique est très importante pour une meilleure organisation et planification d'un travail de recherche, car chaque étude demande des étapes méthodologique qui correspondent à la nature des informations demandées, et aussi il n'y'a pas une méthode unique sur laquelle compter seulement pour dévoiler une réalité.

Dans ce chapitre on va présenter la méthode d'étude suivie, les techniques utilisées dans notre recherche, aussi que le déroulement de celle-ci sur le terrain.(Bouhouch, 1987, P78)

Notre thème de recherche porte sur « la dépression chez les adultes alcoolos dépendants en cours de prise en charge », et comme la méthode consiste on une manière de faire une chose suivant certains principes, certaines règles et selon un certain ordre pour parvenir à un but, dans notre étude et afin d'atteindre notre objectif, la méthode descriptives clinique semble la méthode la plus adéquate. Concernant les outils d'investigations, on a choisi d'utiliser l'entretien semi-directif et l'échelle de BECK (BD I-II) pour la mesure de la dépression.

### **1-La présentation de lieu de la recherche :**

Nous avons effectué notre recherche au sein du centre de toxicomanie nommée Centre intermédiaire de soin aux toxicomanes (C.I.S.T), qui a été créée en 05-07- 2011, considéré comme première structure médicale qui s'occupe des toxicomanes.

LE (C.I.S.T) dépendants aux différentes substances dans la wilaya de Bejaia. Son but est d'informer, sensibiliser et d'orienter les toxicomanes vers une cure de désintoxications.

L'E.P.S.P. Est constitué des polycliniques, d'un service d'épidémiologie et de médecine préventive, aux quels sont rattachés les contrôle sanitaires aux frontières(port et aéroport) d'un centre intermédiaire de soin aux toxicomanes (CIST), d'une unité de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoire (UCTMR) , d'une salle de soin (maison diabétique) , d'un centre dépistage volontaire (CDV), d'un service de médecin de travail ainsi que 17 salle de soins dont les différents activités interviennent pour promouvoir la santé public.

L'E.P.S.P. Est doté de (03) points d'urgence-chirurgicales(O2) en zone urbaine et (01) en zone rurale.

L'E.P .S.P .Travaille en coordination avec le C.H.U. Khalil AMRANE et abrite plusieurs spécialités à savoir : la chirurgie générale, infantile, chirurgie orthopédique, O.R.L, O.P.H, pédiatre, maxillo-faciale, rééducation fonctionnelle, anesthésie réanimation, rhumatologie, la psychiatrie ainsi que l'infectiologie.

Le C.T.S.T. il dispose d'un surveillant médical responsable, deux psychiatres, deux médecins généralistes (adiethologie), quatre éducateurs, quatre agents service, trois secrétaires médicales, deux agents de sécurité, quatre infirmières.

## **2- La méthode de recherche :**

Concernant la méthode d'approche utilisée pour la vérification de nos hypothèses, nous avons opté pour une étude de cas et la méthode qualitative, qui ont fait partie de la démarche clinique, selon « BENGRAND » 1988, l'objectif de cette démarche clinique est d'identifier le composantes d'une situation donnée, et de décrire la relation qui existe entre ces composantes.

### **2-1 L'étude de cas :**

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu. L'étude de cas naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence (Benony.H. H,Chahraoui. Kh, 2003, P125-126).

### **2-3 La méthode clinique qualitative :**

La recherche en psychologie clinique est spécifiée par la méthode clinique qui s'applique à tous les secteurs de la conduite humaine. La méthode clinique envisage : « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être humain concret et complet aux prises avec cette situation ; chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ».

Elle répond donc aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la totalité des situations (l'observateur est partie intégrante de l'observation), à la dimension concrète des situations, la dynamique, la genèse. Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieure qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile.

Tout être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie.

La méthode clinique qualitative utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. (Chahraoui.KH, Benony.H. H, 2003, p11).

### 3- La population d'étude :

Nous avons constitué une population composée de 6 cas, avec lesquels on a travaillé dans l'anonymat en changeant leurs prénoms afin de garder la confidentialité.

- L'âge entre (32-49).
- Tous les cas sont des adultes.
- Le sexe masculin.
- Ils ont tous dépendants à l'alcool.
- 

### Tableau n °1 : Récapitulatif

#### Les caractéristiques de choix de la population d'étude :

Caractéristique de cas	âge	Niveau d'instruction	Situation professionnelle	La quantité de consommation	La cause de consommation
Mahrouch	32 ans	6eme année primaire	Maçon	jusqu'a25bières	Séparation avec sa fiancée
Sadek	47 ans		Soudeur		Les problèmes familiaux
Hakim	41 ans	1 <sup>er</sup> année secondaire	Chef d'équipe d'un bateau de chasse	2à 3 bières plus une flache de Ricard	Le divorce avec sa 1 <sup>ere</sup> femmes
Hamid	49 ans	3éme année secondaire	SONATRAC	Plus de 15bieres	Les problèmes avec sa femme et le manque de sa fille

Samir	35 ans	5em année primaire	T.P.M.Transport	9bières doubles	Accident de voiture
Nonnos	38 ans	4em année primaire	Mécanique	15 à 20 bières	Les problèmes familiaux

#### **4 -Les techniques utilisées :**

Dans le but de recueillir le maximum d'information concernant notre thème de recherche, on a recouru aux techniques suivantes :

##### **4-1- L'entretien clinique :**

« L'entretien est l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. Entretien est synonymes de conversation, discussion ou dialogue »

« L'entretien clinique est de trois types qui sont : l'entretien directif, l'entretien non directif (l'entretien libre) et l'entretien semi directif dont on s'est intéressé dans notre recherche» (Benny.H, Chahraoui. Kh, 1999, P11).

« L'entretien clinique est la technique principale sur laquelle s'appuie le psychologue, qu'il soit à visée thérapeutique ou diagnostique ou encore dans un but de recherche, l'entretien se fonde sur la parole. La prise de parole permet aux partenaires de se représenter et de situer dans le dispositif » (Cappville. V, Doucet. C, 2002, P76).

Donc « l'entretien clinique est le seul moyen d'analyser finement les liens entre différents éléments énoncés : il vise la vérification de l'hypothèse à travers la cohérence interne du discours produit. En effet, la libre évocation par un sujet de ce qui se rapporte à un phénomène permet seule de saisir des liens entre des dimensions sous-jacentes plus au moins présentes à son esprit, en ce sens, l'entretien et son contexte de mise en confiance amènent les individus à s'exprimer avec leur propre catégories mentales (Keuassay .S, 2003.P 95).

##### **4-2 L'entretien semi-directif :**

« Est un usage complémentaire où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés à l'avance, elles s'adoptent à l'entretien. La structure d'un guide. L'entretien reste souple » (Chiland.C, 1989, P 119).



« Dans ce type d'entretien le clinicien dispose d'un guide d'entretien, il en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lequel il se repose de mener son investigation.

Les questions ne sont pas posées d'une manière hiérarchisée, ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien le clinique.

De même, dans ce type d'entretien le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet.

L'aspect spontané des associations du sujet et moins présent, dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte de même une attitude non directive, il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé (Benony.H,Chahraoui. K, 1999. P 16).

#### **4-3 Le guide d'entretien :**

Le guide d'entretien contient 3 axes, chaque axe contient plusieurs questions soit principales ou secondaires, il nous permet de recueillir un maximum d'information sur le sujet, les questions posées soit directives ou semi directives, elles répondent plus précisément à notre objectif de recherche, elles seront posées soit en langue française, arabe ou kabyle, tout dépend la langue maternelle et du niveau d'instruction de sujet interrogé.

A partir de guide d'entretien, on s'est basé sur :

Information personnelles

- 1) information sur la vie familiale et social.
- 2) information sur la consommation d'alcool.
- 3) information sur la dépression.

#### **5.4 L'échelle de dépression de BECK :**

##### **A. Définition de l'inventaire de dépression de BECK (BDI-II) :**

C'est un questionnaire d'autoévaluation destiné à mesurer la sévérité de la dépression chez les sujets à partir de 16ans. Il est composé de 21 items. Le BDI-II a été élaboré pour évaluer les symptômes correspondants aux critères diagnostiques des troubles dépressifs selon le

DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux, 1994, version française, 1996). Trente-cinq années de recherche et d'expérience avec la première version BDI ont conduit les auteurs à réviser la version modifiée : le BDI- la IA (Beck. A, Steer. A, et al, 1998.P1).

Le BDI-IA était de l'instrument d'origine (BDI), élaboré par Beck, Ward, Mendelssohn, Noc et Erbaugh (1961). Pour le BDI-II quatre items (perte de poids, modification de l'image corporelle, préoccupation somatique et difficulté à travailler) ont été éliminés et quatre items ont été créés (agitation, dévalorisation, difficulté à se concentrer et perte d'énergie). Ces quatre nouveaux items devraient permettre de détecter des symptômes caractéristiques d'une dépression grave ou d'une dépression qui nécessite une hospitalisation que la diminution de l'appétit et du sommeil. D'autres items du questionnaire ont été réécrits. Le BDI-II constitue une importante révision, bien plus que ne l'avait été BDI-II (Beck. A, Steer. A, et al, 1998, P6).

### **B. Considération générale :**

Le BDI-II est un test qui mesure le niveau de dépression. La passation doit être effectuée dans un endroit bien éclairé et suffisamment calme pour que le sujet puisse se concentrer. Il est préférable qu'évaluer, avant la passation, si un patient est en état de lire et de comprendre les items. Cependant, de lecture ou des problèmes de concentration.

### **C. Temps de passation :**

En générale, 5 à 10 minutes suffisent pour compléter le protocole. Des patients souffrant d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnels peuvent prendre plus de temps.

### **D. Mode d'administration :**

Les consignes figurant sur le questionnaire sont les suivants : (ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti ( e ) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe, 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 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N°18 (modification de l'appétit).

### **E. Administration verbal :**

Le BDI-II peut être administré oralement. Dans ce cas, utilisera les consignes suivantes : « voici un questionnaire qui contient des groupes d'énoncés. Je vais vous lire un de ces groupes et j'aimerais que vous choisissiez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui » (Beck A, Steer.A, et al, 1998, P6).

Présentez un questionnaire au sujet et dites:

Voici un exemplaire de ce questionnaire. Vous pouvez suivre pendant que je lis.

- Lisez les énoncés du premier groupe et dites : « maintenant, dites-moi quel énoncé décrit le mieux comment vous vous êtes senti pendant ces deux dernières semaines, incluant aujourd'hui.

- Si le sujet répond en donnant le numéro de l'énoncé, relisez cet énoncé afin qu'il puisse confirmer son choix quand, manifestement le sujet a compris le système d'indices numériques, le numéro peut être accepté comme réponse.

- Si le sujet indique que son état d'esprit pourrait être bien décrit par deux énoncés ou plus, enregistrez l'indice numérique le plus élevé de ces énoncés.

- En règle générale, le psychologue lira les groupes les uns après les autres. Parfois le sujet prendra la relève et continuera à lire les énoncés à voix basse puis donnera des réponses spontanées. Si le sujet est assez vigilant. Il est possible d'effectuer la passation dans ces conditions. Si besoin est, encourager le sujet a bien réfléchir avant de répondre.

A la fin de la passation, quel que soit le mode de passation, vérifier le protocole pour vous assurez qu'il ne manque d'aucune réponse. Demandez au sujet de compléter son questionnaire si des réponses manquent .Si un patient explique qu'il ne sait pas quel énoncé lui conviendrait le mieux, demandez-lui entre quels énoncés il hésite et choisissez qui correspond au chiffre le plus élevé (Beck. A, Steer. A.et al, 1998. P7).

### **F. Cotation du BDI-II :**

La note au BDI-II est obtenue en additionnant les indices numériques des 21 items, chaque item étant coté de 0 à 3 points. Si le sujet a donné plusieurs réponses un item, choisir l'indice le plus élevé. La note brute maximale est de 63.

Faire attention aux items « modification dans les habitudes de sommeil » (item 16) et « modification de l'appétit » (item 18), pour les quels 7 réponses possibles (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a et 3b), afin d'évaluer l'augmentation ou la diminution dans ces comportements, pour établir un diagnostic, le clinicien devra être attentif au sens dans lequel va ce symptôme (Beck. Shaw. Emery, 1979, Steer A. et al, 1998. P9).

### **G. Les normes de la dépression :**

Elles se présentent comme suit :

1. Score normale : < 10.
2. Dépression légère : 10 à 18.
3. Dépression modérée : de 19 à 29.
4. Dépression sévère : plus de 29 (Bouvard. M, 2002, P148).

### **6. Les étapes de la recherche :**

Notre pré enquête s'est effectuée au niveau de centre intermédiaire de soin au toxicomanes de Bejaia, ce la nous permis :

- de déterminer la substance la plus consommé qui est l'alcool.
- découvrir la tranche d'âge la plus touché par cette consommation (l'alcool) qui est celle située entre 32 à 49 ans.
- et se rapprocher encore plus de cette population pour essayer d'avoir des informations sur les circonstances et les cause qui ont les poussées à adopter telle conduite.

Pour cela dans la première étape, on a constitué un groupe d'adultes consommateurs de l'alcool, ensuite on a procédé à la passation des questionnaires de l'abus / dépendance au alcool grâce au quel on a sélectionné un groupe de (6) cas.

- a cause de cette pré enquête on a enrichie notre guide entretien.
- la période de notre recherche s'est établie sur une durée d'un mois, les premières semaines a été consacré d'observer et s'informer d'avantage sur la manière avec laquelle, on pourrait réaliser notre recherche aussi à se rapprocher et se familiariser avec l'équipe soignante dans le but de nous faciliter le travail avec les toxicomanes, ce n'est qu'à partir de troisième semaine qu'on a réellement commencé notre recherche.

## **7- La méthode d'analyse dans la présentation des cas :**

D'après les techniques de la recherche citées auparavant, on peut résumer la méthode d'analyse et de traitement des données recueillies selon l'enchaînement des étapes suivantes :

- En première niveau on a accédé à l'analyse des données recueillies de l'entretien clinique de chaque cas.

- En seconde niveau on a analysé l'échelle de dépression de Beck chez les toxicomanes dépendant de l'alcool cas par cas.

- En fin, on terminera notre travail de recherche par une conclusion qui détermine la relation existante entre la dépression et la dépendance à l'alcool de chaque cas à part, afin de vérifier nos hypothèses à travers les discussions des hypothèses à partir des résultats obtenus de toute notre démarche.

## **Conclusion :**

La méthodologie est une véritable logique opératoire en sens qu'elle précise les différentes étapes de processus de recherche, car grâce au chapitre méthodologique on a assuré une bonne organisation à notre travail de recherche ce qui permet de comprendre le déroulement de la démarche clinique adoptée et la nécessité de l'étude de cas dans notre recherche ainsi que pour l'utilisation des techniques à suivre via le guide d'entretien et le test de Beck (BDI-II) qui permet de mesurer les niveaux de la dépression à notre groupe de recherche, qui est celui de toxicomanes adultes de sexe masculin dépendant de la consommation de l'alcool et qui souffrent de la dépression.



**Chapitre V**  
**partie Pratique**

## **Introduction**

Dans ce chapitre en vue confirmer ou informer nos hypothèses émises au début de notre recherche nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus à travers notre groupe de recherche.

## **1-Présentation et analyses de l'entretien et de l'échelle de la dépression**

### **Beck :**

#### **1-le Premier cas « Samir » :**

##### **1-1 Présentation du cas :**

Samir, âgé de 35ans, fiancé, il est l'aîné d'une fratrie de 8 (6 garçons et 2 filles), son niveau d'instruction est de 5<sup>ème</sup> année primaire, sa profession est TPM transport.

##### **1-2 Analyse de données de l'entretien :**

L'entretien de Mr. Samir s'est bien déroulé grâce à sa coopération, on lui a demandé de se présenter en donnant son nom, prénom et son âge, au début de l'entretien, il s'est montré stressé et anxieux mais son état n'a pas duré longtemps, car il a ensuite été plus à l'aise et il a répondu à toutes nos questions.

Concernant sa relation avec sa famille il a répondu « *a9lin très bien didassan surtout avec yma* » qui signifie « je suis très bien avec eux, surtout avec ma mère ». et il est le seul consommateur d'alcool au sein de sa famille, tout le monde lui demande d'arrêter surtout sa maman « *yewenyattasse g kham au contraire tforciniyiikl adhabssagh, alors la ima* », « personne ne boit dans ma famille, au contraire tout le monde m'en encourage à arrêter ». Ces amis aussi d'ailleurs ne sont pas de genre à consommer l'alcool.

La première expérience de Samir fut il. Il y a des 10 ans, c'était à l'âge de 25 ans « *wahad 10 ans gmibdighaken 25ans* », à cause des problèmes familiaux, et pour sa deuxième expérience c'était à cause d'un accident de voiture grave où y'avait sa nièce avec lui, c'est là où il a commencé à boire quelques bières parce qu'il ne dort pas vu sa panique du soir « *gasmikhedmagh l'accident ayi, uganagh ara la3cha eright i tissithe* ».

Sa dépendance à l'alcool a débuté lors de sa préparation à son mariage, il était seul, personne ne l'aider de ses frères dans aucune tâche, alors c'est devenue une charge énorme,

il s'est sentie trop déprimer il a trouvé la seule solution c'est de consommer de l'alcool « atesshousetimanik bien amakken tne9ess la charge g el makhiw », qui veut dire « tu vas te sentir bien, comme si la charge dans mon cerveau diminue grâce a l'alcool ». Il consomme alors jusqu'à 9 bières doubles entre le matin et le soir « tessagh svah d la3cha ami d 9 n les bières », l'accident de voiture qu'il a eu lui a provoquer un énorme choc « tmekthayeghedkane la scéneeni ,surtout ami tela dina ilisswletma, ugadaghmlihh , khel3agh nwrightemouthe », « je me rappel sans cesse de cette accident et de cette scène, ou j'avais tellement peur pour ma nièce que j'ai crue qu'elle était morte ».

On constate d'après ces réponses, la présence des symptômes dépressifs, d'après ce qu'il dit : « je m'étouffe le soir, je ne dors pas, je ne mange pas, j'ai perdu gout a la vie, je me sens irresponsable, je me sens dégoutant », « koulecche ida9eyi surtout la3cha,9laghuganagh ara utetagh ara , khel3agh kane , tedigoutighkane ».

**1-3 Présentation des résultats de l'échelle :**

N°D'item	items	condition	expression
1	tristesse	1	Je me sens très souvent triste.
2	Pessimisme	0	Je ne suis pas découragé face à on avenir.
3	Echecs dans le passée	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un raté.
4	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
6	Sentiment d'être punit	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni.
7	Sentiment négatif envers soi même	3	Je ne m'aime pas du tout.
8	Attitude critique envers soi	2	Je me reproche tous mes défauts.
9	Pensée ou désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	Pleur	3	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.



11	agitation	3	Je suis si agité ou tendu que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
12	Pert d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
13	indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
14	dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.
16	Modification dan les habitudes sommeil	2	Je dors beaucoup moins que d'habitude.
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	3	Je n'ai pas d'appétit du tout.
19	Difficulté à se concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.
20	fatigué	3	Je suis trop fatigué 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.
<b>score</b>	33	<b>Degré dépression</b>	Sévère

#### 1-4 Analyse de l'échelle :

Après avoir obtenu les résultats du l'échelle de Beck (BDI-II), nous avons confirmé que ce sujet manifeste une dépression sévère avec un score de 33 (résultat 33 norme plus de 29 « dépression sévère »).

L'analyse de l'échelle a révélé que « Samir » a 8 réponses d'un degré très élevé de degré (3) dans les items : N°7 « sentiment négatif envers soi-même », N°10 « pleure », N°11 « agitation », N°12 « perte d'intérêt », N°15 « perte d'énergie », N°18 « modification de l'appétit », N°19 « difficulté a se concentrer », N°20 « fatigue », tout ces symptômes sont des indicateurs de la dépression chez le sujet.

Comme il a obtenu d'autres symptômes qui indiquent sa dépression avec un degré relativement élevé dans les items suivants : «perte de plaisir », « attitude critique envers soi », « modifications dans les habitudes de sommeil » avec un degré de (2).

En fin pour les items qui comptent un score moins élevé de 1 on cite les items N°1 « tristesse », N°5 « sentiment de culpabilité », N°17 « irritabilité » sont des indicateurs de la sensibilité et de malaise en lui.

### **Conclusion de 1<sup>er</sup> cas :**

D'après l'analyse des résultats obtenue par l'entretien et l'échelle de BECK (BDI-II), avec une note de 33 (norme : 29 et plus, dépression sévère), indique que le sujet à présenter une dépression d'une sévérité élevée suite à sa dépendance à l'alcool, la dépression chez lui est reliée à son angoisse par rapport à son accident et à la charge sociale à laquelle il fait face quotidiennement.

## **2-Le deuxième cas « nounos »**

### **2-1 Présentation de cas :**

Mr Nounos âgé de 38 ans, marié, benjamin d'une fratrie de (4 garçons et 4 filles), son niveau d'instruction est de 4<sup>ème</sup> année primaire, sa profession est mécanique.

### **2-2 Analyse de l'entretien :**

Durant l'entretien qui s'est déroulé toujours au centre intermédiaire de soins toxicomanes, Mr Nounos était calme, timide et le contact a été difficile au début, mais ensuite il a été plus à l'aise et a commencé à parler librement de sa vie et s'améliore tout au long de l'entretien, son discours était clair et direct.

Ses relations avec sa famille il a répondu « tğatiniyiikel almen neki i damazouz », veut dire « je suis gâté par ma famille parce que je suis le benjamin », même avec le monde extérieur a de bonnes relations avec eux « imdoukaliw, lğiranthibiniyiikeltafniyi ta3awanaghthan », « mes voisins, mes amis m'aiment beaucoup, je leur porte de l'aide ».

Mr Nounos nous a informé que par rapport à sa relation familiale elle a carrément changé depuis qu'il s'est marié et non pas à cause de sa consommation « g mi zawjagh

nbedalanikelfli,tasmanftmathothiw mi ta9ra » qui signifie « après mon mariage tout ma famille a changer envers moi parce que ils sont jaloux de ma femme car elle est étudiante », cela provoque en lui une instabilité et un déséquilibre familiale.

En parlant de son expérience a l'alcool, sa première prise été a l'âge de l'adolescence a cause, d'une fréquentation car que son père, ses frère, ses cousin et ses amis son déjà dépendant a cette substance, et la curiosité de goûté et de ressentir le plaisir de cette substance.il nous a dit à ce propos « baba aythmalgirandrya 3ami ikeltassan,bghighadzaraghamkithakhadam le plaisir », « mes frère, mes voisin et mes cousin sont des alcoolique, et par curiosité je veut découvrir le plaisir qu'offre cette substance ».

Ensuite sa deuxième prise été a cause de sa séparation avec sa copine « mi ijigh thamdakaltiw is3awdagh », « j'ai bu pour la deuxième fois quand ma copine ma quitté » pendant cette période il n'était pas dépendant il nous a dit qu'il ne bois pas tous les jours et il boit juste une a deux bière « outasaghara kolasse yarna tassagh yawath, snath ».

Sa dépendance à commencée après son mariage ou la relation de sa femme avec sa famille est très compliqué, «3dan kra lchahour kann zwajiw 9lagh ouzmirgharaadhabssaghtamatothiwoutmisfhamaradukhamanagh », « après quelque mois de mon mariage je suis devenu dépendant parce que ma femme ne s'entend pas avec ma famille ».

Nous pouvons dire que l'instabilité et la mauvaise fréquentation entre sa femme et sa famille ont conduit notre cas à la dépendance à l'alcool.

Pour Mr Nounos les autre cause qu'il l'on possé à boire: le décès de son père et l'accompagnement de ses amis « mi yamouth baba swigh bzaf, meme asma adiligh dimdoukaliw ».

En état de manque de cette substance Mr. nounos dit que ça lui arrive d'être triste, agressif, anxieux, et il arrive pas a supporter sans consommations de cette substance, et il nous a informer qu'il a déjà fait un sevrage plus d'un mois mais il peut pas continuer, « oui habsaghe dija qimagh kthar nachehar mais tnirvigh, t9ali9agh, fa9a3agh,ih uzmiragh ara ikel adsupportigh ,apr 9lagh », qui veut dire « j'ai arrêter plus d'un mois, mais je suis devenu anxieux, aggressive, nerveux, après j'arrive pas a supporté sans boire de l'alcool ».

Dans cette entretien, d'après le discours abordé, le sujet illustre quelques signes qui font allusion à un état de malaise sur le plant physique et psychologique, on l'a donc remarqué

quand il a dit « neki sensible mlih azouhkan adabghogh adatrough,toujouramakenhaznagh » ce qui signifie : « je suis très sensible, et je voudrais pleurer pour la moindre des chose, et je me sens toujours triste », il se sent en manque d'énergie, le manque de sommeil et surtout d'appétit « takarghad la3cha bzaf, linergie trouhl'appété kifkif », « je me réveille trop le soir tard, j'ai plus d'énergie ni d'appétit ».

### 2-3Présentation des résultats de l'échelle :

N°D'item	items	condition	expression
1	tristesse	1	Je me sens très souvent triste.
2	Pessimisme	0	Je ne suis pas découragé face à on avenir.
3	Echec dans le passé	2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec.
4	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
5	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps.
6	Sentiment d'être puni	2	Je m'attends à être puni.
7	Sentiment négatif envers soi même	1	J'ai perdu confiance en moi.
8	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
9	Pensée ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleur	3	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.
11	agitation	0	Je me sens plus agité ou plus tendu que d'habitude.
12	Pert d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
13	indécision	3	J'ai du mal à prendre n'importe qu'elle décision.
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	Modification dan les habitudes sommeil	3	Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.
17	Irritabilité	0	Je ne suis plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	2	J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
20	fatigué	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
<b>score</b>	27	<b>Degré dépression</b>	Modéré

#### 2-4 Analyse de l'échelle :

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck (BDI-II), Mr Samir a mit 20mn pour le remplir.

En se référant au résultat obtenue par l'échelle avec un score de **27**(résultat 27 : norme : de 19 à 29 « Dépression modéré »). On constate que la majorité des scores sont élevés, ceci-dit, que plusieurs signes montrent le cas dépressif chez ce sujet.

On trouve les items N°10 sur « pleure », N°13 sur « indécision », N°16 « modification dans les habitudes de sommeil », qui comptent un score de 3, cela indique la souffrance morale et le vécu dépressif que vit le sujet.

Aux items N°3 « échec dans le passé », N°5 « sentiment de culpabilité », N°6 « sentiment d'être puni », n°18 « modification de l'appétit », comptent un score de 2.

Il existe d'autres items qui sont marquées par un degré moins élevé d'un score de 1 pour : N°1 « tristesse », N°4 « perte de plaisir », N°7 « sentiment négatif envers soi-même », N°8 « attitude critique envers soi », N°9 « pensée ou désires de suicide », N°11 « agitation », N°14 « dévalorisation », N°15 « perte d'énergie », N°19 « difficulté à se concentrer », N°20 « la fatigue ».

### **Conclusion 2ème cas :**

Suit à l'analyse de l'entretien et de l'échelle de Beck (inventaire de dépression de Beck BDI-II), nous avons déduit que le sujet souffre d'une dépression modéré ( résultat de 27 norme : de 19 a 29 dépression modéré). Cela indique donc l'intensité de sa dépression qui se plaint par plusieurs symptômes psychiques et physiques qu'on a relevé dans l'entretien et de l'échelle de Beck(BDI-II) tel que : tristesse, l'échec dans le passé, indécision, modification dans les habitudes de sommeil et de l'appétit.

## **3-le troisième cas « MrMahrouch »**

### **3-1 Présentations du cas**

Monsieur Mahrouch, âgé de 32ans, il travaille dans la maçonnerie, il est le cinquième d'une fratrie de sept frères, séparer récemment avec sa fiancée, actuellement célibataire, il habite a numéro 7 Tychy. Son père décédé a son jeune âge, il est élevé par son oncle.

### **3-2 Analyse des données de l'entretien :**

L'ors de notre entretien avec monsieur Mahrouch, qui s'est déroulé dans le bureau de l'addictologue du centre « DR ABBAS », il a été compétent, un peu stressé, il n'avait aucune crainte à faire cette entretien avec nous, il a donnée des réponses claires et précises.

Concernant sa relation avec sa famille, il nous confirme qu'il n'a aucun soucis avec eux, que ce soit avec sa maman, ces frères, ou son oncle. Au contraire il a des relations très soudé : « Khaliikathayi, mais ithoufouayirebi, ivghaessalhaw ». « Mon oncle me frappe, mais il veut bien m'éduquer, et il veut mon bien ».

Il est le seul qui consomme de l'alcool dans sa famille, « neki le seul iytesse g akhamenagh, nouhmetdeynineikkel-nssen ». « Je suis le seule qui consomme dans ma famille, ils sont tous pratiquants ».

Il a quitté l'école très jeune, il a arrêté a sa 6ème année primaire, il a commencé à travailler a l'âge de 14ans. Sa première prise de l'alcool été ya 2ans « ca fait 2ans gmikechemagh g l'alcool », il a commencéà fumer la cigarette dès l'âge de l'adolescence avec ces amis : « Ebdigh s edekhanewahided l'équipe, oundba3d akkentemgharagh, temghartaloufthe », « j'ai commencéa fumer de la cigarette avec une équipe, et petit a petit l'état s'aggrave ».

Il consomme de la drogue aussi «Je prends 3 joint de la drogue, dozibezaf, wahidl'alcool,tdozighmlih si non uthoussougharra i l'effet iness », « je consomme 3 joint de drogue, bien doser accompagner de l'alcool, si je ne dose pas je ne ressens pas son effet sur moi ».

La deuxième prise d'alcool pour Mahrouch,a été pour le plaisir, car durant sa première prise, il a ressentie un plaisir et un bien moral.

Mahrouch, devenue dépendant pendant la période ou il avait des problèmes avec son ex fiancer : « houssaghimaniwtwaheqragh ,trughbezaf, umba3d tessagh el birrabezaf », « je me suis sentie mal traiter, je pleur sans cesse ,après je bois de grandes quantité de bières ».

Mahrouchà abandonner son travaille a cause des conséquences due a sa prise excessive d'alcool, je me baggare avec les travailleurs, je deviens nerveux, je vois tout flou quand je ne bois pas : « Habssegh g l'entreprise parcequetenaghaghbezaf, teqalagh nerveux wahidikhedamen, malla usswigharrazaraghkoulech flou ».

Pendant la période de ramadan, il a essayé de ne pas boire et il a réussi, mais il avait les effets de manque d'alcool qui le font souffrir : « g remdaneayi 3elagh les efforts ,usswigharra , mais tchightarzdakhel ».

On constate que Mr Mahrouch présente des symptômes de dépressions, surtout avant la prise de l'alcool, il dit : « wellausswigharra , thousoughimaniwtoufigh, tnervighrapid, heznagh, ulach l'appétit », « si je ne bois pas je me sent étouffer, je m'énerve rapidement, je suis triste, et j'ai plu d'appétit ».

Vers la fin de notre entretien avec Mr Mahrouch, on a conclu qu'il veut se débarrasser de cette dépendance à l'alcool, car il a dit qu'il demande de l'aide, il cherche un coup de pouce pour arrêter et faire un pas vers un avenir meilleurs sans alcool : « déjà ussighedgherdayi , veghighadhoughmenhou ayi3awnen akkenadhavsaghtissithe, daghenadhavssagh b rebiinchallah ».

Présentation des résultats de l'échelle :

N°D'item	items	condition	expression
1	tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux, que ce n'est pas supportable.
2	Pessimisme	0	Je ne suis pas découragé face à mon avenir.
3	Echecs dans le passée	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
4	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
5	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps.
6	Sentiment d'être punit	0	Je n'ais pas le sentiment d'être puni.
7	Sentiment négatif envers soi même	1	J'ai perdu confiance en moi.
8	Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
9	Pensée ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleur	2	Je pleur pour la moindre petite chose.
11	agitation	0	Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.



12	Pert d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
13	indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
14	dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres.
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.
16	Modification dan les habitudes sommeil	2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude.
17	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	2a	J'ai beaucoup 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	fatigué	3	Je suis trop fatigué(e) pour faire la plus part des choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
<b>score</b>	33	<b>Degré dépression</b>	Sévère

### 1 3-3 Analyse de l'échelle :

Les résultats qu'on a tiré de l'échelle de Beck (BDI-II), montre que le sujet manifeste une dépression sévère avec un score de 33 (résultat 33 : norme plus de 29 « dépression sévère »).

L'analyse de résultat de l'échelle de Beck(BDI-II), a illustré que Mr Mahrouche a (5) réponses de degré 3 dans les items suivant : « tristesse », « perte d'intérêt », « perte d'énergie », « fatigue », « perte d'intérêt pour le sexe ».Il a obtenu aussi 7 réponses d'un

degré moins élevé dans les items : « sentiment de culpabilité », « pleure », « indécision », « dévalorisation », « modification dans les habitudes de sommeil », « modification de l'appétit », « difficulté a se concentrer » et quelques réponses de degré de (1) : « échec dans le passé », « perte de plaisir », « sentiment négatif envers soi-même », « penser au désir de suicide ».

### **Conclusion de 3ème cas :**

D'après l'analyse des résultats de l'entretien et l'échelle de Beck, on conclut que monsieur Mahrouche est touché par sa séparation avec sa fiancée, ce qui l'a conduit vers une mauvaise fréquentation qui le fait entrer dans le milieu de la consommation des substances plus précisément l'abus abusif de l'alcool. Et d'après lui cette boisson alcoolisée n'est pas la meilleure façon de régler ces conflits car ça ne l'a emmené vers aucun changement positif, au contraire ça l'a détruit, et développé chez lui une dépendance alcoolique et surtout une dépression sévère de score de 33 sur l'échelle de Beck(BDI-II), les symptômes qui le démontrent tel que : « la tristesse », « perte d'intérêt », « perte d'énergie », « difficulté a se concentrer », « fatigué », « perte d'intérêt pour le sexe ».

### **1-4 le 4ème cas « Sadek » :**

Sadek âgé de 47ans, marié, a 5 enfants, c'est un soudeur dans une entreprise IFRI. Il est le deuxième d'une fratrie de 3 garçons.

#### **1-1-4 Analyse de données de l'entretien :**

Durant l'entretien avec Mr SADEK, Il s'est présenté avec une humeur amicale, et d'une mimique souriante. Par rapport aux questions posées, il était très à l'aise avec nous, sans gêne, et a répondu d'une façon onctueuse et sans complexe.

SADEK, s'est présenté au centre de toxicomanie de sa propre volonté, il a cherché l'adresse du centre sur internet.

Avant sa dépendance à l'alcool, il avait de bonnes relations avec sa famille, mais à cause de sa dépendance, la relation est devenue très complexe, surtout avec sa femme : « la famille bien ikkel avant 2017, maistoura usni3jiv arraelhal ,tametouthiwtrouh akhamenssen,tes3a elahaq », « j'étais bien avec la famille avant 2017, mais maintenant tout le monde est mécontent , surtout ma femme , elle est partie chez ses parents et elle a raison ».

Sadek a commencer a boire la boisson alcoolisées dès l'âge de l'adolescence, invité par son oncle « 3emi iyi3arten adeswaghdidess », « c'est mon oncle qui m'a invité a boire avec lui », de puis cette première prise il bois chaque jour aller jusqu'à 4 bière : « umba3d illa9 adeswagh au moins 4 bière ».

Son entourage ne lui fait pas de remarque par rapport a sa consommation d'alcool : « el jiraniw t9adareniyi, yarnaanechta d echaghliw, imdoukaliwtessenikkel », « mes voisins me respectes, en plus de ça ça ne concerne que moi, mes amis sont tous des buveurs d'alcool ».

Durant la période de ramadan, Sadek ne bois pas, mais se sent toujours malheureux, triste, attend que le ramadan termine pour boire de l'alcool : « remdanetatafaghimaniw, ca vas pas toujours, tnirvigh , 9areghass a rebi a3ziz ayewe9 d l3id akkenadesswagh, umba3d 9areghas ayewe9 d remtaneakkenadhebssagh ». « Pendant ramadan je me retiens, ca ne vas pas toujours, je m'énerve, je me dis oh mon dieu quandest-ce-que arrive laid pour que je puisse boire, et quandest-ce-que arrive ramadan pour que je puisse arrêter ».

Sadek est devenue dépendant a l'alcool depuis 2017, a cause des problèmes qui a eu avec son frère : « gma n fransaikhedmiyidmachakil ,isskidibfelli », « mon frère me fait beaucoup de problème , et il me ment tout le temps ».De puis ce temps la , il bois chaque matin ,et toutes la journée , dès qu'il se rappelle de ces problèmes il doit boire pour oublier : « adekraghsbahademakthigh illa9 adeswagh ».

Chez ce cas de MrSadek, on soulève quelque symptôme dépressif, telle que le manque de sommeil, des idées suicidaires, vertige, tristesse, manque d'appétit : « tassenteyid les idées dirithentegher u9arouyiw, wa9ila adenghagh imaniw, neki s3igh les problèmes weyitkhati, tkoumparighimaniw d wiyat iten ,memetrouhiyi l'appétit, uganagharra, swighuswigharra toujours thousoughimaniwheznagh ».

On conclus notre entretien avec monsieur Sadek , ou il nous a confirmer qu'il a jamais eu un accident a cause d'abus de l'alcool, ni des affaires de justice. Et d'après lui la consommation d'alcool est la seule solution pour surmonter ses problèmes quotidiens, il trouve ça normale.

## 1-2-4Présentation des résultats de l'échelle :

N°D'item	items	condition	expression
1	tristesse	1	Je me sens très souvent triste.
2	Pessimisme	0	Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
3	Echecs dans le passée	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
4	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
5	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plus part du temps.
6	Sentiment d'être punit	1	Je sens que je pourrais être puni(e).
7	Sentiment négatif envers soi même	2	Je suis déçu (e) par moi-même.
8	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
9	Pensée ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleur	3	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.
11	agitation	1	Je me sens plus agité ( e) ou plus tendu (e) que d'habitude.
12	Pert d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
13	indécision	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	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant.

16	Modification dan les habitudes sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude.
17	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	3b	J'ai constamment envie de manger.
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parvient pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
20	fatigué	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	2	Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
<b>score</b>	28	<b>Degré dépression</b>	Modérée

#### 1-1-4 Analyse de l'échelle :

Les résultats qu'on a eu dans l'échelle de Beck, indique que le sujet est atteint d'une dépression modérée de score de 28 (résultat 28 : norme : 19 a 29 « dépression modéré »). Presque la moitié de ces réponses indiquent une dépression moins sévère avec un score de (1).

Parmi ceux-ci qui compte un score de(1), on trouve les items « tristesse », « perte de plaisir », « sentiment d'être puni », « attitude critique envers soi », « penser au désire de suicide », « agitation », « perte d'intérêt », « indécision », « dévalorisation », « perte d'énergie » « difficulté a se concentrer », « fatigué », comme il a obtenu une réponse d'un degré de (1ab) pour l'items « modifications des habitudes de sommeils ».

D'autres signes indicateur de la dépression chez ce sujet avec un score très élevé de (3), aux items « échec dans le passé », « pleure », et score de (3b) en item de « modification de l'appétit ».

Néanmoins il existe des items qui comptent un score moins élevé d'un degré de (2) « sentiment de culpabilité », « sentiment négatif envers soi-même », « perte d'intérêt pour le sexe ».

### **Conclusion du 4ème cas :**

les résultats qu'on a tiré de l'entretien et l'analyse de l'échelle de la dépression de Beck (BDI-II), démontre que les problèmes familiaux a conduit le sujet a une dépendance alcoolique, et ce dernier l'a mener vers une dépression modéré d'un score de (28), (norme : 19 a 29 « dépression modéré », dans l'échelle de Beck), par le fait par la majorité des items comptent un score élevé « l'échec dans le passé », « sentiment de culpabilité », « sentiment négatif envers soi-même », « modification de l'appétit », « perte d'intérêt pour le sexe ».

### **1-5 le 5ème cas de « Hakim »**

Hakim âgé de 41 ans, divorcés et marié pour la deuxième fois, il est le 2ème d'une fratrie de 5 garçons et 3 filles, d'un niveau d'instruction de première année secondaire, il travaille comme chef d'équipe dans un bateaux.

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

Il est venu au centre de toxicomane avec sa femme, et c'est elle qui l'a poussée à chercher de l'aide et une prise en charge psychologique.

Dés le premier contact avec nous, il a s'est sentie gêner, et il été très timide , mais il est coopératif avec nous il a répondu quand-même aux questions.

La relation de Hakim avec sa famille, elle été bonne avant la consommation de l'alcool mais après devenus plus compliqués surtout avec sa femme « nla bien normal mai toratnaghandidi 9arniyad zrit akan iwachatawitillissmadan ». « On été bien normal avant la consommation mais maintenant tout le monde se disputent avec moi, ils me disent ta vu ton cas pourquoi t'engagé a te mariée ».Ensuit il nous a confirmé même qu'il a encore des problèmes avec sa femme « tnaghaghetmatouthbzaf même trouhakhamenssen bdra3 wachtohalad », « je dispute avec ma femme, même elle a quitter la maison, difficilement que je l'est convaincu de revenir ».

Il a commencé à boire l'alcool a l'âge de 20 ans juste pour le plaisir, sa première prise est dans une fête « bdighasse g tmaghra g l mandoline, aka kan, la curiosité kan », « je l'est débuté dans une fête de mandoline et juste pour la curiosité ».

Hakim a pris l'alcool pour la deuxième fois dans la forêt, en restant tout seul écoutent la musique « nas3a akal g l ghabatalighimaniwneki ta9ar3tiw d la musique », « on a un terrain au milieu d'une foret, je monte toute seul moi avec ma bière et ma musique ».

La dépendance de l'alcool chez Hakim a commencé depuis que son père a vendu le terrain, la ou il s'isole d'habitude : « mi izenz baba akhaleni, i9arhiyi elhal, umba3d ughalaghtessagh bezaf ». «De puis que mon père a vendu le terrain, ça ma fait de la peine, après je bois sans cesse ».

Hakim, bois 2 a 3bières plus un flash de Ricard au minimum, surtout depuis son divorce avec sa première femme : « mi iytejatamezwarthehousaghimaniw twahe9ragh, 9lagh tesagh les doubles wahidyewen n flash ».

Durant son 2<sup>ème</sup> mariage, il a fait un sevrage plus d'un mois, ou il a essayer de ne plus boire de l'alcool, mais il ne peut pas résister sans alcool : « ami 3awdegh zewjaghhabsaghchehar d wazuh, umba3d husaghuzmiragharra ad3ichagh bla ma swigh ». Il insiste sur le faite de ne pas pouvoir arrêter cette consommation, vue qu'il habite en face d'une buvette : « zedghagh g l'endoit ad feghagh g tewourh aytemla9ad la buvette, u3almagh arra umba3d amekikechmagh ».

Après tous les événements qu'il a vécu, et sa dépendance a l'alcool, ça a provoquer chez lui des syndromes dépressifs (la perte d'un proche, des vertiges, l'isolement, perte d'appétit, une fatigue intense, manque d'intérêt) : « mi iyteja tama3zouzthe, tough bezaf , tkhamimaghbezaf , uganagharra , utetagharra, uhadraghwahidumadhed, yarna mi yezanz baba akhaleniikemliyi , ikhedmiyi les vertiges dessah , 3eyough surtout aukhedmagharra, tenaseyi la responsabilité ulach l'envie ni artemetoth ni arkhra ».

En conclusion, Hakim est venu forcer au centre, c'et sa femme qui la accompagner : « tforciyi tametouth iwbachadasaghar dayi ». Mais de son coté aussi il veux faire des effort pour arrêter cette consommation car il boit que de l'alcool et ne consomme pas d'autres substances comme la cigarette et la drogues.

Il n'a jamais eu d'accidents de route ni de problèmes gastriques, a l'avenir il pense arrêter avec sa propre volonté : « g laveniradhebsagh sur vgighmlih ».

**1-2-5Présentation des résultats de l'échelle :**

N°D'item	items	condition	expression
1	tristesse	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.
3	Echecs dans le passée	2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
4	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5	Sentiment de culpabilité	3	Je me sens tout le temps coupable.
6	Sentiment d'être puni(e).	2	Je m'attends à être puni (e)
7	Sentiment négatif envers soi même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
8	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
9	Pensée ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleur	1	Je pleur plus souvent qu'avant.
11	agitation	0	Je ne suis pas plus agité (e) ou plus tendu (e) que d'habitude.
12	Pert d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
13	indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
14	dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres.



15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.
16	Modification dan les habitudes sommeil	2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude.
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20	fatigué	3	Je suis trop fatigué (e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
<b>score</b>	36	<b>Degré dépression</b>	Sévère

### 1-1-5 Analyse de l'échelle :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que le sujet est atteint d'une dépression sévère, d'un score de (36), (résultat 36 : norme : plus de 29 « dépression sévère »), la majorité des réponses sur les items dans l'échelle de cas de Mr Hakim, sont considérés comme des signe qui indique la dépression chez lui.

On trouve 6 items qui comptent un score très élevé d'un degré de (3) qui sont « tristesse », « sentiment de culpabilité », « perte d'intérêt », « perte d'énergie », « modification de l'appétit », « fatigué ». comme il a obtenu (6) autres réponses d'un score de (2) « échec dans le passé », « perte de plaisir », « sentiment d'être puni », « dévalorisation », « difficulté a se concentrer ».

Concernant le score de (1), il a obtenu (6) réponses des items « attitude critique envers soi », « pensé au désire de suicide », « pleure », « indécision », « irritabilité », « perte d'intérêt pour le sexe ».

**Conclusion de 5ème cas :**

La conclusion de l'entretien et de l'échelle de Beck pour ce cas, indique que le sujet manifeste une dépression sévère. On se réfère à ses réponses données au par avants qui se justifie par les items de degré élevé (3) « tristesse », « sentiment de culpabilité », « perte d'intérêt », « perte d'énergie », « modification de l'appétit », « la fatigue ». Cette dépression s'inscrit suite à sa dépendance à l'alcool et ce dernier à cause de son divorce qui l'a tellement touché.

**1-6- Le 6ème cas « Hamid » :**

Hamid âgé de 49 ans, marié, a une fille, il travaille à Sonatrach, d'un niveau d'instruction de 3ème année secondaire, il est le 3ème garçon d'une fratrie de 5 garçons et 6 filles.

**1-1-6 Analyse de donnée de l'entretien :**

Il est venu au centre de toxicomanie pour chercher de l'aide suite à un conseil de sa sœur « dultma déjà iyedinaneaderouhghadesewanigh », « c'est ma sœur qui m'a proposé de voir un psychologue ».

Durant l'entretien avec Hamid, était trop stressé trop angoissé mais il nous a donné toutes les réponses dont on avait besoin.

Hamid a une bonne relation avec sa famille, « nekidoukhamangh bien, te partage les tâches garnagh », « moi et ma famille on est bien on partage les tâches entre nous ».

Mais il a des conflits avec sa femme à cause de l'habitat « tamtoutiwtegoumaatze gh dimawlaniw », « ma femme elle refuse de vivre avec ma famille ». Et après sa consommation de l'alcool sa femme a demandé le divorce et il n'a pas accepté « mi tsaghtoufadsebbatrouh akhamnessen tebghaanmessebra », « elle a trouvé ma consommation comme une cause pour divorcée ».

Il a commencé pour la première fois de consommer les cigarettes plus la chique, à l'âge de l'adolescence, il a la liberté de faire ce qu'il veut « bedighchemma d khan g l'adolescence ze3ma dina khdemagh rayiw », « j'ai débuté par la chique plus le joints à l'âge de l'adolescence je faisais tout ce que je veux », en suite il a bu l'alcool à l'âge de 20 ans « bedighas akeun mi se3igh 20 ans ». Pour lui c'est parce qu'il fait des fêtes cha3bi et il faut boire « khdemagh les fêtes cha3bi mba3 tazriteameuktisitemakroute ...lhala », « j'organise les fêtes cha3bi puis vous saviez comment les boissons alcoolisées, ma9rout..... ». Et la

2ème prise juste pour le plaisir « la 2ème fois swighete pour leplisirynou kan ta3jbiyi asseuni », « la 2ème fois j'ai bu juste pour mon plaisir, elle ma plu ».

Hamid nous a dit que même ses frères et ses amis sont des alcooliques c'est pour sa personnes fait des remarques a cause de sa consommation « ayethamaimdokaliwikeltsanostkaghara déjà l'occasion aydiniyuwenlehaja », « mes frères, mes amis son des alcoolique je ne donne pas l'occasion a personne de me juger ».

Il est devenu alcoolique dépendant lorsque sa femme a quitté la maison et a retiré sa fille, elle lui a interdit de la voir, ni de lui parler « mais trouhtewiilikelaghtessaghbezaf ». Selon lui il n'arrive pas a se réveillé normal sans boire 15 bières dans la nuit même il se réveille avants la matiné pour boire des boissons alcooliques « ma sewighara 15 tebiyarin la3eucha wedrnough u9abal adissebhadessewagh 3almagh udetkaraghara normal »

Les signe qu'on a retiré dans l'ensemble de ces réponses son significativement considérés comme des manifestation dépressives importantes chez ce sujet car Hamid à des problèmes d'appétit « utetaghara dena9ab kan », « je mange pas trop, je ne fait que grignoter ». Une tristesse intense « toujours ça va pas, toujours haznagh » une fatigue intense « 3ayough bezaf » a des idées suicidaire « yarebbimazeritteakakessiyiakhir ». Mais il n'a jamais fait une tentative de suicide « de3oughe kan ya3ni usseyaghara », l'évitement « terwalagherlebharimaniw » et manque l'énergie « ulachikel l'énergie ».

On conclut l'entretien avec Mr Hamid, que l'alcool lui a engendré des conséquences néfaste sur lui, tel que l'épilepsie « tetafntiyi l'épilepsie asmaadswaghbezaf » et des troubles dépressif tel que des idées suicidaires.

### 1-2-6 Présentation des résultats de l'échelle :

N°D'item	items	condition	expression
1	tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux (se), que ce n'est pas supportable.
2	Pessimisme	1	Je me sens plus découragé (e) qu'avant face à mon avenir.
3	Echecs dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
4	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
6	Sentiment d'être puni	1	Je sens que je pourrais être puni (e).
7	Sentiment négatif envers soi même	1	J'ai perdu confiance en moi.
8	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
9	Pensée ou désir desuicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleur	0	Je ne pleure pas plus qu'avant.
11	agitation	0	Je ne suis pas plus agité (e) ou plus tendu (e) que d'habitude.
12	Pert d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
13	indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
14	dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres.
15	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant.
16	Modification dan les habitudes sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable e me rendormir.
17	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	2a	J'ai beaucoup 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	fatigué	3	Je suis trop fatigué (e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
<b>score</b>	34	<b>Degré dépression</b>	Sévère

### **1-3-6 Analyse de l'échelle :**

L'ors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck (BDI-II), Mr Hamid a obtenu un score de 34 (résultat 34 : norme : plus de 29 « dépression sévère », la majorité de ces réponses indique une dépression sévère chez ce cas.

On trouve les items « tristesse », « échec dans le passé », « perte de plaisir », « fatigué », « perte de plaisir pour le sexe » avec un score de (3) et « modification dans les habitudes de sommeil » avec un score 3b.

Et pour le score de(2), on trouve les items suivants : « indécision », « dévalorisation », « difficulté à se concentrer » et (2a) dans l'item « modification de l'appétit ».

Les signes qui montrent un degré moins élevé avec un score de (1) représentent « pessimisme », « sentiment de culpabilité », « sentiment d'être puni », « sentiment négatif envers soi-même », « attitude critique envers soi », « pensée au désire de suicide », « perte d'intérêt », « perte d'énergie ».

### **Conclusion du 6ème cas :**

L'analyse de l'entretien et de l'échelle (inventaire de Beck BDI-II) avec une note de 34 (norme : 29 et plus, « dépression sévère »), indique que le sujet manifeste une dépression sévère, par le fait que la majorité des items comptent un score très élevé (3), car les symptômes qui marquent la dépression chez lui se traduit par « tristesse », « échec dans le passé », « perte de plaisir », « modification dans les habitudes de sommeil », « fatigue », « perte d'intérêt pour le sexe ». Tout ces symptômes s'explique par sa dépendance à l'alcool, ce dernier se focalise d'une part sur ces problèmes familiaux et d'une autre part sur le chagrin de la séparation de sa fille dès son très jeune âge.

### **Discussion des hypothèses :**

Le but de notre recherche est d'identifier la présence de la dépression chez les adultes alcoolos dépendant, et évaluer l'intensité de cette dépression.

### **Discussion de l'hypothèse n°1 :**

A travers l'analyse de l'entretien et l'interprétation des résultats obtenus dans l'échelle de Beck (BDI-II) des cas étudiés, nous avons observé que tout les cas, présente des symptômes dépressifs.

A partir de l'axe trois « dépression » on a certifié l'apparence de ces symptômes, on trouve : le sentiment de tristesse, l'envie de pleurer, problème d'appétit, problèmes de sommeil (insomnie), sensation de fatigue sans raison, et on souligne, chez les cas suivants : deuxième cas (Nounos) , troisième cas (Mahrouh), quatrième cas (Sadek), cinquième cas (Hakim) et le dernier cas (Hamid) , leur dépression est arrivée au point où de pensée aux idées suicidaire. Et après avoir soulevé les résultats de l'échelle (inventaire de Beck (BDI-II)) de chaque cas nous avons confirmé que tous les cas présentent des symptômes dépressifs cela confirme donc notre première hypothèse qui est « un alcool-dépendant présente des symptômes dépressifs ».

### **Discussion de l'hypothèse n°2 :**

Pour tester la deuxième hypothèse, nous avons utilisé l'échelle de Beck 21 (BDI-II), d'après les scores relevés qui démontrent une existence et une intensité de la dépression chez les 6 cas étudiés, on distingue :

Quatre cas (Samir, Mahrouh, Hakim, Hamid), manifestent une dépression élevée « dépression sévère » (norme plus de 29), et deux autres cas obtiennent une dépression modérée avec un score entre (19-29 « dépression modérée »). Notre deuxième hypothèse qui est « dépression » est donc confirmée à partir de ces cas.

On constate que même si les événements qui ont conduit à une dépendance à l'alcool chez les adultes diffèrent d'un cas à l'autre mais les effets de cette consommation font que la majorité des alcooliques dépendants présente une dépression avec une intensité différente à chaque cas (chaque cas est un cas).

On conclut que les résultats obtenus dans notre recherche restent toujours limités, par le fait que notre groupe de recherche n'est pas suffisant pour juger à partir de (6) cas par rapport à l'effectif pris en charge dans le centre de toxicomane.



# **Conclusion générale**

## **Conclusion**

Nous avons abordé dans le cadre de cette recherche la question de dépression et l'alcool.

Le but de cette recherche a pour objectif de traiter l'un des phénomènes sociaux qui prend une grande place dans notre société, les personnes alcooliques développent une dépression et ce qui a été confirmé d'après tous les résultats obtenus, que les alcooliques ont des difficultés et des souffrances à gérer leur vie personnelle et professionnelle.

Durant cette recherche, nous avons utilisé la méthode descriptive et on a eu recours à des outils qui soient aptes aux informations recherchées et pour recueillir des données :

On a fait référence à un seul outil qui compte le degré de dépression qui est l'échelle de Beck (BDI-II).

D'après les résultats de l'échelle de Beck, on a souligné que la majorité des cas étudiés présentent une dépression sévère, ce qui nous confirme notre hypothèse.

Concernant l'analyse de l'entretien de la population d'étude, nous avons observé que les adultes alcooliques sont sous pression d'eux-mêmes, ils n'arrivent même pas à gérer un simple projet de leur vie sans avoir pris de l'alcool et en consommer une bonne quantité jusqu'à être complètement ivre. Car pour eux c'est le seul moyen qui apaise leurs soucis, mais d'un autre point de vue ils sont conscients du danger que l'alcool joue sur leur état psychique et physique.

Pour conclure, le domaine de psychologie clinique peut jouer un rôle très important dans le traitement de ce genre de phénomène, car l'alcoolisme et la dépression ont toujours été l'un des sujets très compliqués à traiter, de ce fait le rôle de l'entourage est très important, au lieu de juger et de stigmatiser il faut les aider par un soutien psychologique et surtout familiale et sociale.





# **Bibliographie**

## *Liste bibliographie*

### **1–les ouvrages**

1. AMERCIAN Psychiatrie Association. (2015). Manuel diagnostique et statistique, Paris :Masson.
2. BECK.A, STEER.A, BROWN.GH, (1998), «Manuel BDI-II), Paris.
3. BENONY.H .H, CHAHRAOUI. KH, (1999), « L'entretien en clinique », paris, Dunod.
4. BENONY.H, CHAHRAOUI. KH, (1999), « Méthode dévaluation et recherche en clinique », paris, Dunod.
5. BESANÇON.G, (2005), « manuel de psychopathologie », Paris : Francis Lefebvre, Dunod.
6. BUNGENER.G, BESCHE-RICHARD.C. (2004), « Psychologie de l'adulte », Armand Colin.
7. BOUJUT.E, BROCHON-SCHEWEITZA.M, (2014), « Psychologie de la santé », Paris : Dunod.
8. BIGY.A, FOQUES.D. (2016), « psychologie clinique et psychopathologie », Paris : 3<sup>ème</sup> édition, Dunod.
9. CAPDVIELE.V, DOUCET.C, (2002), « La psychologie clinique et la
10. CAPDEVIELLE, V. (1999). Psychologie clinique et psychopathologie. Paris : Armand.
11. DENIKER. A. (1990). Précis de psychiatrie clinique de l'adulte. Paris : Masson.
12. DENIKER. P, LEMPERIEUR.TH,GUYOTAT.J. (1990), Précis psychiatrie clinique de l'adulte. Paris.
13. GRANGER.B et al, (2010), « psychopathologie de l'adulte », 4eme édition, Paris, Masson.
14. KAPSAMBELIS.V,(2012), « manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte, Paris, PUF.
15. KEUASSAY.S, (2003), « Mémoire de recherche », Paris, Vuibert.
16. LEMPERIERE.TH. (2000), « dépression et suicide », Paris : Masson.
17. LEJOYEUX.M. (2001), « addictologie », 3<sup>ème</sup> édition : Elsevar. Masson.

18. MIKOLAJCZAK.M. (2013), « les interventions en psychologie de la santé ».Paris. Dunod.
19. PEDINIELLI,J-L. (2012). « Introduction à la psychologie clinique ». Paris : Armand COLIN.
20. PERETTI.C-S. (2013), « Comprendre et soigner la dépression », Paris : Elsevier .Masson .
21. ROUILLON.F, GUELFJ.J-D, (2007). Manuel de psychiatrie. Paris : Elsevier Masson.
22. SAMUEL-LAJEUNESSE.B, et all, « Manuel de thérapie comportementale et cognitif »,2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod.
23. TREMINE.T, (1999), « Psychiatrie médecine légale: toxicologie en 24questionnaire », impact internet.
24. VARISON.I. (2005), « psychopathologie des conduites addictives, alcoolisme et toxicomanie », Paris : Belin.

## **2-Les Dictionnaires**

25. Bloch.H et al, (2006), « Grand dictionnaire de psychologie », Paris, Larousse.
26. DORON. R. PAROT.F, (2011). Dictionnaire de psychologie. Paris : PUF.
27. DORON.R, PAROT.F. (1991), « Dictionnaire de psychologie », Paris : PUF.
28. SILLAMY.N. (2003). Dictionnaire de psychologie. Paris : Larousse.
29. IVANOV.MAZZUCCOMI.S, DIAGONNET.E. et all, (2005), « Dictionnaire infirmier de psychiatrie », Paris : Masson.

## **3-Site Internet**

30. ([algerie-eco.com/2018/09/25/selon-un-rapport-de-Loms-seul-3,2-desAgériens-consoment-de-l'alcool](http://algerie-eco.com/2018/09/25/selon-un-rapport-de-Loms-seul-3,2-desAgériens-consoment-de-l'alcool)).

## **4- Livre en arabe**

بوحوش ع، (1978)، دليل الباحث المنهجي وكتابة الرسائل



# **ANNEXES**

## Inventaire de dépressions de BECK BDI II

Date :

Nom :

Prénom :

Situation de famille :  marié  divorcé  séparé  vivant  
maritalement  veuf  célibataire

Age :

Sexe :  F  M

Profession :

Niveau d'études :

### Consigne :

Ce questionnaire comporte 21 groupe d'énoncés, veuillez lire avec soins chacun de ces groupe puis, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui.

Encerlez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans le groupe d'énoncé, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre, le plus élevé et encerlez ce chiffre .assurez vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe N°16(modifications dans les habitudes de sommeil)et le groupe N°18(modifications de l'appétit) .

## **Questions :**

### **1-tristesse :**

- 0 .Je ne 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-Echecs dans le passé :**

- 0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un (e )raté(e) .
- 1. j'ai échoué plus souvent que je n'aurais du.
- 2. quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'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 plaisent habituellement.
- 3. je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent 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 du faire.
- 2. je me sens coupable la plupart du temps.
- 3. je me sens tout le temps coupable

**6-Sentiment d'être puni(e) :**

0. je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
1. je sens que je pourrais puni(e).
2. je m'attends à être puni(e).
3. j'ai le sentiment d'être puni(e) .

**7-Sentiment 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 ferais pas.
2. j'aimerais me suicider.
3. je me suiciderais si l'occasion se présentait.

**10-Pleurs :**

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

**11-Agitation :**

0. je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.

1. je me sens plus agite(e) ou plus tendu (e) que d'habitude.
2. je suis si agite(e) ou plus tendu (e) que j'ai du mal à rester tranquille.
3. j'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

#### **12-perte d'intérêt :**

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

#### **13-indécision :**

0. Je perds 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 de 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 vaudrais 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. modification dans les habitudes de sommeil :**

0. mes habitudes de sommeil n'ont pas d'habitude.
- 1 a. je dors un peu plus que d'habitude.
- 1 b. je dors un peu moins que d'habitude.



2a. je dors beaucoup plus que d'habitude.

2b. je dors beaucoup moins que d'habitude.

3a. je dors presque toute la journée.

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

# Guide d'entretien :

NOM :  
Prénom :  
Niveau d'instruction :  
Profession :  
Nombre de fratrie :  
Rang dans la fratrie :  
Situation familiale :

## AXE 01 :

### INFORMATION SUR LA VIE FAMILIALE ET SOCIALE :

- 1- Parlez nous de votre relation avec votre famille,
- 2- Vous êtes le seul consommateur d'alcool au sein de votre famille ?
- 3- Quelle est la réaction de votre famille vis-à-vis de votre consommation d'alcool ?
- 4- Votre relation avec votre famille été bonne, avant que vous deveniez dépendant a l'alcool ?pourquoi ?
- 5- vous vous exprimer facilement avec les membres de votre famille ?
- 6- y'a-t-il un changement dans votre relation avec votre famille depuis que vous avez commencé à consommer de l'alcool ?
- 7- avez-vous des amis proches ?sont 'il alcooliques ?
- 8- quels sont vos activités et vos loisirs préférés ?
- 9- vous portez de l'importance au regard des autres et leurs avis sur vous ?
- 10- votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques a propos de votre consommation d'alcool ?
- 11- Est-ce-que y-a-t'il un membre de votre famille qui à des maladies chroniques ? si, oui.  
Ressentez-vous une charge sur votre vie ?

## AXE2 :

### INFORMATIONS SUR LA CONSOMATION D'ALCOOL

- 1- Quelle est la raison qui vous a poussez à prendre de l'alcool pour la première fois ?
- 2- Vous aviez quel âge quand vous avez pris de l'alcool pour la première fois ?
- 3- C'était quoi votre sentiment lors de la prise d'alcool pour la première fois ?
- 4- Combien buvez-vous d'alcool par jour ?
- 5- Comment sentez-vous en absence de l'alcool ?
- 6- Parlez nous d'autre causes qui vous poussent à consommer de l'alcool ?
- 7- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- 8- L'alcool est-il le seul moyen de vous sentir en forme moralement et physiquement ?
- 9- Avez-vous déjà ressentie le besoin de diminuer votre consommation de la boisson alcoolisée ?
- 10- Avez-vous l'impression que vous buvez trop ?
- 11- Avez-vous déjà essayé d'arrêter l'alcool subitement pendant une semaine ? ou plus ?
- 12- Avez-vous déjà eu un accident à cause de la consommation d'alcool ?

### **AXE3 : dépression**

- 1- Avez-vous des problèmes d'appétits ?
- 2- Avez-vous des problèmes de sommeils, des insomnies ?
- 3- Est-ce-que ca vous arrive d'avoir une sensation de fatigue sans raison ?
- 4- Est-ce-que depuis votre dépendance a l'alcool, votre intérêt au activités quotidiennes ont diminuer ?
- 5- Vous arrive-t-il de vivre des moments de tristesses ?quand ?et comment vous gérez la situation ?
- 6- Avez-vous des idées suicidaires ?depuis quand ?
- 7- Est-ce-que vous ressentez une diminution ou une perte d'énergie dans votre vie quotidienne ?
- 8- Comment vous vous voyez par rapport au autres ?ca vous arrive de vous comparez au autres ?
- 9- Sentez-vous un sentiment de culpabilité pendant ou après la consommation de l'alcool ?

# Table des matières

## Introduction Générale

### Chapitre I : Cadre générale de la recherche

Préambule .....	01
1-La problématique .....	01
2-Les hypothèses .....	05
3-Les objectifs de notre recherche et raison de choix de thème .....	05
3-1-Les objectifs de notre recherche .....	05
3-2- la justification de choix de thème .....	06
4- définition de concepts clé .....	06
4-1- Définition alcool .....	06
4-2- Définition de la dépendance .....	06
4-3- Définition de la dépression .....	07
5- Opérationnalisation de concepts.....	07
5-1- Alcool .....	07
5-2 La dépendance .....	07
5-3 La dépression .....	07

### Chapitre II : Alcoolisme

Préambule .....	08
1-Historique alcoolisme .....	08
2-Définition .....	08
3-Classification typologique .....	10
3-1Classification de Fouquet .....	10
3-2Classification de Cloninger .....	11
3-3Classification de Babor (1997) .....	12
3-4Classification d'Adès et Lejoyeux (1997) .....	12
4-Données épidémiologiques .....	12
5-Caractéristiques .....	15
6-les symptômes observés .....	16
7-Les troubles induits par la dépendance à l'alcool .....	17
8-Effet et conséquences de l'alcool sur l'individu.....	17
9-Les premières conceptions psychanalytiques de l'alcoolisme.....	18
10-Approche cognitivo-comportementaliste .....	19
11-Critère diagnostiques .....	20
12-Prise en charge .....	22
12-1-Prise en charge médicale .....	22
12-2-Prise en charge thérapeutique .....	23
12-1-1-La cure de désintoxication .....	24
12-1-2-La préparation du changement .....	24
12-1-3-La réalisation du changement .....	24
12-1-4-Le maintien du changement.....	25
12-1-5-Les psychothérapies possibles.....	25
12-1-6-L'approche motivationnelle .....	26
12-1-7-La cure psychanalytique ou la thérapie d'inspiration psychanalytique	26
12-1-8-Les approches cognitivo-comportementales.....	27

12-1-9-La thérapie de l'acceptation et de l'engagement.....	28
12-1-10-Les thérapies de groupes .....	28
12-1-11-Les groupes d'entraide .....	29
Conclusion.....	29

### **Chapitre III : Dépression**

Préambule .....	30
1-Historique .....	30
2- Définition de la dépression .....	31
3-Le syndrome dépressif et les symptômes non spécifiés .....	32
3-1 – L'humeur dépressive .....	32
3-2- La perte de l'élan vital .....	33
3-3- Les symptômes non spécifiques .....	33
4-Les formes cliniques de la dépression.....	34
4-1-la mélancolie .....	34
4-2Les dépressions névrotiques .....	35
4-3-Les dépressions réactionnelles .....	36
4-4- Formes atypiques, dépression masquée, équivalent dépressifs .....	36
4-5- Les dépressions « secondaires » .....	37
5-Les facteurs de risque de la dépression.....	37
5-1-Les facteurs déclenchant .....	37
5-2-Les facteurs prédisposant.....	38
5-3-Le suicide.....	38
6- Les critères diagnostiques des troubles dépressifs.....	39
7-Diagnostique différentiel .....	41
8-Les approches théoriques de la dépression.....	41
8-1-Approche psychanalytique .....	41
8-2- Approche cognitive-comportemental de la dépression .....	42
9- La prise en charge et le traitement de la dépression.....	43
9-1-Le traitement.....	43
9-2-La thérapie cognitive-comportemental .....	44
Conclusion .....	45

### **Chapitre IV : Méthodologie de la recherche**

Introduction.....	46
1-La présentation de lieu de la recherche .....	46
2- La méthode de recherche .....	47
2-1 L'étude de cas .....	47
2-3 La méthode clinique qualitative .....	47
3- La population d'étude .....	48
4 -les techniques utilisées .....	49
4-1- L'entretien clinique .....	49
4-2L'entretien semi-directif .....	49
4-3Le guide d'entretien .....	50
5.4 L'échelle de dépression de BECK .....	50
A. Définition de l'inventaire de dépression de BECK (BDI-II) .....	50
B. Considération générale .....	51
C. Temps de passation .....	51

D. Mode d'administration .....	51
E. Administration verbal .....	52
F. Cotation du BDI-II .....	52
G. Les normes de la dépression .....	53
6. Les étapes de la recherche .....	53
7- La méthode d'analyse dans la présentation des cas .....	54
Conclusion .....	54

### **Chapitre V : partie Pratique**

Introduction.....	55
1-Présentation et analyses de l'entretien et de l'échelle de la dépression Beck .....	55
1-le Premier cas Mr « Samir » .....	55
1-1 Présentation du cas .....	55
1-2Analyse de données de l'entretien .....	55
1-3 Présentation des résultats de l'échelle .....	56
1-4 Analyse de l'échelle .....	57
1-1-5 Conclusion de 1 <sup>er</sup> cas .....	58
2-Le deuxième cas « nounos » .....	58
2-1 Présentation de cas .....	58
2-2 Analyse de l'entretien .....	58
2-3Présentation des résultats de l'échelle .....	60
2-4 Analyse de l'échelle .....	61
2-5Conclusion 2èmes cas .....	62
3-Le troisième cas «Mahrouch » .....	62
3-1 Présentations du cas.....	62
3-2 Analyse des données de l'entretien .....	62
3-3Présentation des résultats de l'échelle .....	65
3-4 Analyse de l'échelle .....	66
3-5Conclusion de 3ème cas .....	66
4 le 4ème cas Sadek .....	66
4-1Analyse de données de l'entretien .....	66
4-2Présentation des résultats de l'échelle .....	68
4-3 Analyse de l'échelle .....	69
4-4Conclusion du 4ème cas .....	70
5 -le cas de Hakim.....	70
5-1-Analyse de données de l'entretien.....	70
5-2-Présentation des résultats de l'échelle .....	72
5-3Analyse de l'échelle .....	73
5-4Conclusion de 5ème cas .....	74
6- Le 6ème cas Hamid .....	74
6-1Analyse de donnée de l'entretien .....	74
6-2 Présentation des résultats de l'échelle .....	74
6-3 Analyse de l'échelle .....	77
6-4Conclusion du 6ème cas .....	77
Discussion des hypothèses .....	77
Discussion de l'hypothèse n°1 .....	77
Discussion de l'hypothèse n°2 .....	78

Conclusion .....	79
références bibliographiques	
Annexes	
Tables des matières	

## Résumer

La dépression chez les adultes alcoolodépendants en cours de prise en charge psychologique, est une étude réalisée au centre intermédiaire de soin aux toxicomanes de Bejaïa.

L'objectif de cette étude est de mesurer l'intensité de la dépression chez les alcooliques, surtout ceux qui sont dépendants à cette substance. Cette recherche est faite avec six (6) cas adultes âgées entre 30 et 40 ans.

La vérification de nos hypothèses, on s'est référé à :

- un entretien semi directif
- une échelle de dépression de Beck (BDI – II).

Les résultats mettent en évidence la première hypothèse, par l'existence d'une dépression chez les alcooliques dépendants.

Et la confirmation de la deuxième hypothèse qui confirme une différence dans le degré de la dépression chez les adultes dépendants à l'alcool.

**Les mots clés :** Alcoolisme, Dépendance, Dépression.

## Abstract

Depression in alcohol-dependent adults undergoing psychological treatment is a study carried out at the Bejaïa Intermediate Center for Drug Addiction.

The objective of this study is to measure the intensity of depression in alcoholics, especially those who are dependent on this substance. This research is carried out with six (6) adult cases aged between 30 and 40 years.

The verification of our hypotheses, we referred to:

- a semi-structured interview
- a Beck Depression Scale (BDI - II).

The results highlight the first hypothesis, by the existence of depression in dependent alcoholics.

And the confirmation of the second hypothesis which confirms a difference in the degree of depression in adults dependent on alcohol.

**The key words:** Alcoholism, Dependence, Depression.