

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention d'un diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

La dépression post-partum chez les femmes primipares

Étude de 4 cas réalisée au cabinet libéral du psychologue clinicien :

Mr. BOURAI Karim

Réalisé par :

- M^{lle}. BATROUNI Badria

- M^r. OUGOUR Mahdi

Encadré par :

- M^{me}. ABDI Samira

Année universitaire : 2018/2019

REMERCIEMENTS

TOUT D'ABORD,

*NOUS REMERCIONS DIEU LE TOUT PUISSANT DE NOUS AVOIR DONNÉ LA VOLONTÉ
ET LA PATIENCE POUR POUVOIR MENER CE TRAVAIL À TERME*

NOUS REMERCIONS ÉGALEMENT ET SINCÈREMENT :

*NOTRE ENCADREUR, MME ABDI SAMIRA DE NOUS AVOIR FAIT L'HONNEUR DE NOUS
ENCADRER ET DE NOUS AVOIR ÉCLAIRÉ NOTRE DÉMARCHE DE RECHERCHE PAR
SA DISPONIBILITÉ ET SES PRÉCIEUX CONSEILS TOUT EN OFFRANT UNE GRANDE
LIBERTÉ DANS LA RÉALISATION DE CE TRAVAIL ; MAIS AUSSI POUR TOUT CE
QU'ELLE TRANSMET AU COURS DE SES COURS DE PSYCHOLOGIE, NOTAMMENT SON
HUMANITÉ À L'ÉGARD DE CHAQUE PERSONNE.*

*JE REMERCIE ÉGALEMENT LE DIRECTEUR DE L'HÔPITAL DE TARGA OUZEMOUR DE
NOUS AVOIR PERMIS DE MENER À BIEN NOTRE RECHERCHE.*

*LE CHEF DE SERVICE DR SAIDANI, LES SAGES-FEMMES, LES INFIRMIÈRES POUR LE
SOUTIEN QU'ELLES NOUS ONT APPORTÉE.*

*NOUS REMERCIONS VIVEMENT MR KARIM BOURAI POUR SA DISPONIBILITÉ ET SES
PRÉCIEUX CONSEILS ET DE NOUS AVOIR OUVERT LES PORTES DE SON CABINET AFIN DE
POURVOIR CONSULTER LES CAS.*

*ENFIN, NOS REMERCIEMENTS S'ADRESSENT À TOUTES LES PERSONNES QUI ONT
CONTRIBUÉ DE PRÈS ET DE LOIN À LA RÉALISATION DE CE TRAVAIL ET UNE PENSÉE VA
ÉGALEMENT À TOUS NOS AMIS (E) QUI NOUS ONT SOUTENUS AU COURS DE CES ANNÉES.*

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail à mes chers parents, à toute ma famille, mes amis et mes proches qui m'ont toujours soutenu et encouragé à reprendre mes études après ce long combat avec ma maladie..., me voilà aujourd'hui ! mon rêve est enfin exaucé ! je dédie ce travail également à mon cher fiancé et à ma belle-famille que j'adore ! ainsi qu'à mon binôme Mahdi.

Merci à vous tous mes chers.

« **BADRIA** »

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

À mes très chers parents qu'ont toujours été là derrière chaque pas, à me soutenir et à m'encourager auxquels je me serai arrivé où je suis actuellement.

À toi ma mère, à toi me mère, à toi mère, je t'adore, mon dieu je t'implore de lui accorder tous ses vœux et la garder en bonne santé, garder la pour nous. Je t'aime énormément, sans t'oublier aussi mon cher père qui m'a appris d'être un homme prodigue, je te remercie pour le savoir que tu m'as transmis, oui comme tu disais toujours : « on transmet le savoir qu'aux sages ».

À toute ma famille ; mon frère et sa femme : Sofiane & Assia et leur fils Mohamed Amir, ainsi, mes sœurs : Tidia & Hamama & Rima et son époux Yacine & leur fils Adam.

A mes amis (es) sans exception & à mon binôme BADRIA.

Oui à toi

À toi aussi, oui à toi aussi ma camarade Thinhinane qui a toujours été à mes côtés et vraiment comme un atout durant toutes les périodes difficiles, je te remercie infiniment et éternellement mon étoile.

Table des matières

Tableaux et abréviations	page 01
Introduction	page 02

Partie théorique

Problématique et formulation des hypothèses

1. Problématique.....	page 04
2. Hypothèse de la recherche.....	page 07
3. Les objectifs de la recherche.....	page 07
4. Cadre référentiel.....	page 07
5. Opérationnalisation des concepts.....	page 08

Chapitre I : La dépression

Préambule

1. Aperçue historique de la dépression.....	page 09
2. Epidémiologie.....	page 10
3. Définition des concepts :.....	page 11
3.1. Humeur.....	page 11
3.2. Humeur dépressive.....	page 12
3.3. Dépression.....	page 12
4. Les types de la dépression :.....	page 13

4.1. La dépression psychogène.....	page 13
4.2. La dépression mélancolique.....	page 13
4.3. La dépression masquée.....	page 14
4.4. La dépression d'involution.....	page 14
4.5. La dépression bipolaire.....	page 14
5. Les symptômes de la dépression :.....	page 15
5.1. Les symptômes en rapport avec les sentiments.....	page 15
5.2. Les symptômes comportementaux.....	page 15
5.3. Les symptômes avec les attitudes envers soi.....	page 16
5.4. Les symptômes d'affaiblissement cognitifs.....	page 16
5.5. Les symptômes avec les changements organiques.....	page 16
6. Etiologie et Facteurs de risque :.....	page 16
6.1. Facteur biologique.....	page 17
6.2. Facteur psychologique.....	page 17
6.3. Facteur liés à l'environnement social ou familial.....	page 18
7. Les caractéristiques de la dépression :.....	page 18
7.1. Les conduites suicidaires.....	page 18
7.2. Les réactives aux influences du milieu.....	page 19
7.3. Les troubles somatiques.....	page 19
7.4. Défense maniaque.....	page 20
8. Les formes cliniques et diagnostiques de la dépression :	page 20
8.1. L'épisode dépressif caractérisé.....	page 20
8.2. L'épisode peut être plus ou moins sévère.....	page 22

8.3. L'épisode peut être associé à certaines périodes de la vie ou de l'année.....	page 22
9. Traitement et pris en charge de la dépression.....	page 24

Chapitre II : dépression post-partum

I. Post-partum.....	page 28
1. Définition.....	page 28
2. Epidémiologie.....	page 28
3. Sémiologie.....	page 29
4. Diagnostique.....	page 30
5. Evolution et pris en charge.....	page 31
II. Dépression du Post-partum (DPP).....	page 33
1. Historique.....	page 33
2. Définition.....	page 34
3. Epidémiologie.....	page 36
4. Sémiologie.....	page 36
4.1. DPP précoce.....	page 36
4.2. DPP tardive.....	page 36
5. Facteurs de risque :	page 37
5.1. Psychiatrique.....	page 37
5.2. Relationnels.....	page 37
5.3. Socio-économique.....	page 38
5.4. Gynéco-obstétricaux.....	page 38
6. Evolution et conséquences.....	page 39

6.1. Sur le couple et l'entourage.....	page 39
6.2. Sur la mère	page 39
6.3. Sur l'enfant.....	page 39
6.4. Pris en charge.....	page 40

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

1. La démarche de la recherche.....	page 42
1.1. La pré-enquête.....	page 42
2. Les méthodes utilisées.....	page 43
2.1. La méthode de la recherche.....	page 43
2.2. Etude de cas.....	page 43
3. Le groupe de la recherche et ses caractéristiques.....	page 44
4. Présentation de lieu du stage.....	page 44
5. Les outils de la recherche.....	page 48
5.1. L'entretien clinique.....	page 48
5.2. L'entretien semi-directif.....	page 48
5.3. Guide d'entretien.....	page 49
5.4. L'échelle de Beck.....	page 50
Conclusion.....	page 52

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des résultats

1. Présentation et analyse des entretiens.....	page 53
1.1. Présentation et analyse du premier cas.....	page 53
1.2. Présentation et analyse du deuxième cas.....	page 57
1.3. Présentation et analyse du troisième cas.....	page 60
1.4. Présentation et analyse du quatrième cas.....	page 64
2. Discussion des hypothèses.....	page 68
Conclusion	page 69

Liste bibliographiques

Annexe

Liste des tableaux :

N°	Titre du tableau	Page
01	Les caractéristiques du groupe de recherche	44
02	Niveau de dépression	52
03	Présentation des résultats du cas n°1	54
04	Présentation des résultats du cas n°2	58
05	Présentation des résultats du cas n°3	62
06	Présentation des résultats du cas n°4	66

Liste des abréviations :

Abréviation	Signification
DPP	D épression P ost- P artum
DSM	D iagnostic and S tatistical M anual
EMDR	E ye M ouvement D esensitization and R eprocessing
OMS	O rganisation M ondiale de la S anté
PP	P ost- P artum

Introduction

Introduction :

Donner naissance à un enfant l'une des expériences les plus merveilleuses de la vie. C'est un événement heureux et stimulant, mais il peut aussi être épuisant et effrayant, l'arrivée d'un premier enfant n'est pas toujours simple pour les nouvelles mères qui peuvent avoir besoin d'un accompagnement particulier. Après l'accouchement, la nouvelle maman peut éprouver des sentiments confus et se sentir débordée par les émotions. Elle peut, par exemple craindre de ne pas pouvoir assumer la responsabilité d'être une mère.

La grossesse et l'accouchement sont généralement perçus comme un événement devant être heureux. Les jours qui suivent la naissance sont importants dans l'établissement du lien mère-enfant. La femme accède au statut de mère avec tous les remaniements psychiques que la grossesse et l'accouchement ont provoqué. Durant cette période de sensibilité et de vulnérabilité, certaines d'entre elles présentent des réactions de stress, des états anxieux et/ou dépressifs, des difficultés d'attachement à leur enfant ou un refus d'avoir d'autres enfants.

Après l'accouchement, de nombreuses femmes présentent des symptômes de dépression, qui peuvent se manifester par une brève crise de tristesse (le baby-blues) jusqu'à une dépression clinique majeure appelée dépression post-partum. Une majorité de nouvelles mamans, environ 80% subissent une forme bénigne de dépression, survenant quelques jours après l'accouchement.

La dépression post-partum regroupe un ensemble de troubles de l'humeur survenant durant la grossesse ou après l'accouchement. Ces troubles peuvent affecter la mère ainsi que son enfant dans un spectre et une intensité variable suivant la durée et la gravité des symptômes.

Les symptômes se manifestent par l'irritabilité, de l'anxiété, de la variabilité et des sautes d'humeur. Il s'agit d'une réaction transitoire qui explique par des changements physiologiques et une augmentation de stress et un manque de sommeil.

Dans notre recherche, nous commencerons par présenter le cadre général de la problématique, ensuite nous allons entamer les deux parties, la partie théorique et la partie méthodologique, d'abord la partie théorique qui comporte les deux chapitres : chapitre de la dépression et le chapitre de dépression post-partum, ainsi dans la deuxième partie méthodologique, par la suite nous allons présenter les 4 cas sur lesquels nous avons travaillé

etenfin la discussion de nos hypothèses, la conclusion de ce travail et la bibliographie sur laquelle nous nous somme inspiré pour l'élaboration de ce travail.

Partie théorique

Problématique et formulation des hypothèses

1. La problématique :

La famille est le premier contact que nous avons avec le monde et nous apprenons d'elle la plupart de nos compétences sociale les plus élémentaires. Elle nous permet de donner de la sécurité et nous permet de tester et d'apprendre des pensées des comportements et des émotions que nous continuerons à répondre à penser et à sentir à l'avenir.

Les familles qui savent ce qu'elles veulent atteindre et qui définissent clairement les valeurs qui les animent, sont plus susceptibles de vivre la transmission normale de la vie correctement et le membre de la famille se soutient mieux entre eux lors du moment évolutif critique.

Dans le cas des familles qui font face à des situations négatives la reconnaissance les aidera à rester unis et cela peut être un élément clé pour aller de l'avant, des situations négatives qui perturbent le fonctionnement et la dynamique familiale comme les pathologies et les maladies psychiques qui touchent un membre de la famille comme la dépression qui va influencer négativement sur la personne atteinte et toute sa famille.

La dépression est un état de détresse profonde et durable. Elle se manifeste par une constance et une perte de motivation. Au-delà d'un simple « coup de déprime » cette affection concentre 10% des hommes et 20% des femmes. La personne qui en souffre refuse de voir ses symptômes ou en sous-estime l'importance. Elle ne veut pas se plaindre. Elle se dit que « ça va passer » c'est la raison pour laquelle l'entourage peut jouer un rôle important dans le diagnostic.

La dépression est considérée essentiellement comme un trouble de l'humeur. La notion d'humeur est définie par Jean Delay comme : « disposition affective à la base qui donne à chacun de nous un état d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et douleur » (Besançon. A, 2005, p48).

La personne en dépression est confrontée à une accumulation de symptômes douloureux et présents dans le temps sont souvent liés à des douleurs somatiques ou à un déclin psychologique et sociales et peuvent constituer des réactions à des expériences personnelles comme : (humeur dépressive. Trouble de l'appétit, trouble de sommeil, perte d'intérêt et de plaisir, manifestation somatique, ralentissement psychomoteur. Elle doit faire face à une image d'elle-même dévalorisée et sans cesse attaquée. Elle se vit comme inutile,

vide de l'intérieur et envisage sa disparition) a des situations sociales et économique contrariantes, ou a des affections organiques. (KLEFTARAS.G, 2004, p13-20)

L'organisation mondiale de la santé, estime qu'après cent millions de personne souffre a tout moment, de différents niveau de dépression cliniquement reconnus, de ce fait ce trouble constitue un des problèmes les plus fréquents, et le plus grave de la santé publique, en plus il est estimé qu'un pourcentage variant entre 10% et 25% de population générale présentera a un moment de sa vie des symptômes dépressifs évidant.

Affronter cette terrible pathologie demande beaucoup de courage. La personne privée de ses défenses habituelles va devoir descendre dans son histoire mais aussi dans son être tel un spéléologue, pour y trouver des ressorts pour s'en sortir. Une aide médicamenteuse un travaille psychothérapeutique est indispensable dans ce combat et doit s'accompagner d'une aide médicamenteuse.

Selon une étude australienne publiée au mois mai dans la revue professionnelle BJOG, les jeunes mamans connaissent un pic dépressif quand son accouchement s'est terminé et après quelque jours on remarque quelque signes comme la tristesse, les pleurs, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité des crises de larmes et des crainte obsédantes de ne pas savoir s'occuper du nouveau-née et ça nommé sous le nom du trouble « la dépression post-partum ».

Avant l'accouchement, certaines mères présentent tous les éléments d'une dépression qui est liée à leur grossesse et qui rend celle -ci compliquée. Elles semblent ne pas pouvoir se réjouir de la venue de l'enfant et parfois cela vient de circonstance de vie difficiles (problèmes familiaux, de couple, migration, conditions matérielles...), dans d'autre cas, la dépression n'est pas rattachable à un événement extérieur mais à l'état intrapsychique de la futur mère que la grossesse confronte à des problèmes non résolus.

Avoir un enfant peut être une expérience à la fois extraordinaire et effrayante. Si la nature est bien faite chaque futur parent à 9 mois pour se préparer à la naissance de bébé, il arrive que la jeune maman traverse une période de dépression après l'accouchement. Pour diverse raison, lors du retour à la maison, une femme peut éprouver quelque sentiment étrangère vis-à-vis de son éprouver rôle de maman. Avec la fatigue, le stress, les hormones... La jeune maman traverse fréquemment une petite crise appelée baby-bleus. Passager chez la

plupart des jeunes mamans, ce baby-bleus peut toutefois évoluer une réelle dépression appelée post-partum.

La dépression post-partum est un syndrome dépressif qui apparaît le plus souvent dans les quatre à huit semaines après l'accouchement et dont l'intensité est variée. Elle est plus persistante et présente des symptômes plus nombreux et plus sévères. Elle se manifeste par un sentiment de découragement, des pleurs constants, une perte de confiance en soi, l'impression de ne pas être une bonne mère, la culpabilité, à ces symptômes psychiques tels que des maux de tête, un engourdissement, des douleurs thoraciques et l'hyperventilation.

Il n'y a pas de définition officielle du post-partum. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il débute une heure après la délivrance et dure 6 semaines. Estiment que les suites de couches sont la période qui va de l'accouchement au retour de couches. Plus globalement, le post-partum est la période qui va de l'accouchement au retour à l'état antérieur des différentes fonctions féminines. Six semaines après l'accouchement, l'utérus a repris sa position initiale. Les modifications physiologiques liées à la grossesse ont disparu. Cependant, cela ne signifie pas que la femme ait retrouvé son état d'origine. Si l'allaitement se poursuit, le retour de couches peut être plus tardif. L'activité sexuelle n'a pas forcément repris et des douleurs périnéales peuvent persister. De plus, la femme a acquis un nouveau statut, celui de mère. (LANSAC, J. et al, 2003, p389)

Le post-partum est, selon l'OMS, une période de transition critique pour la mère et son nouveau-né. En effet, c'est une période de profonds bouleversements physiques, physiologiques mais également affectifs et sociaux. Le corps est modifié par la grossesse et l'accouchement. L'équilibre hormonal est perturbé. C'est une période clé pour l'élaboration de la relation mère-enfant, une période de mutation familiale, remaniant tous les repères affectifs et sociaux de la femme. La mère et son nouveau-né sont vulnérables et peuvent rencontrer des difficultés, voire des complications plus importantes. En cela, le post-partum nécessite une attention toute particulière et un soutien par des professionnels de santé.

A la lumière de ce que nous venons d'énoncer, nous pouvons se permettre de poser la question suivante :

- **Est-ce que les femmes après leur accouchement souffrent d'une dépression ?**

2. Les hypothèses :

Les hypothèses qu'on a formulé dans le but de répondre à la question posée dans notre problématique sont les suivantes :

Hypothèse générale :

- Les femmes après leurs accouchements souffrent d'une dépression.

Hypothèse partielle :

- Les femmes après leurs accouchements peuvent développer des syndromes d'irritabilités et une perte d'intérêt au sexe.

3. L'objectif de notre recherche :

A partir de notre recherche sur « la dépression post-partum chez les mamans après l'accouchement » on a eu comme objet d'étude trois objectifs, le premier objectif consiste à documenter les difficultés vécu par ces mère le second objectif vise à identifier les différents symptôme .et la troisièmes tente a mesuré le degré de dépression présenté chez ces mamans et par la suite proposé des soutiens formels ou informels a fin de les aider a diminuer le degré de cette dépression , et faire face a telle situation à laquelle elles ne s'attendaient pas.

4. Le cadre référentiel :

Dans notre recherche « la dépression post-partum chez les femmes primipare » nous avons opté comme cadre référentiel, l'approche cognitive-comportementale parce qu'elle nous permet de détecter la dépression chez les femmes, c'est une méthode efficace pour le trouble dépressif, en utilisant l'échelle de BDI-II qui permet de détecter le degré de la dépression et savoir a quel point le post-partum provoque le trouble de la dépression.

5. Opérationnalisation des concepts :

5.1. Définition de la dépression :

La dépression pourrait se définir comme une baisse considérable de sentiment de valeur personnelle et par la douloureuse prise de conscience du ralentissement des opérations mentale psychométrique et organique, la dépression ne désigne pas un simple coup de déprime ou une tristesse passagère mais une véritable maladie psychique. (Kleftaras, 2004, p20).

5.2. Opérationnalisation :

- Tristesse.
- Désespoir.
- Ralentissement psychomoteur.
- Affaiblissement.
- Dévalorisation.
- Culpabilité.
- Délire.
- Inhibition.

5.3. Définition de dépression post-partum :

Beaucoup de nouvelles mères souffrent de ce que l'on appelle le baby-blues après la naissance. La dépression post-partum est un cas de dépression déclenché par le changement hormonaux associés au fait d'avoir un bébé. Elle survient en général peu de temps après la naissance peuvent être considérée comme post-partum. (DSM-IV-TR, 1996, p374).

5.4. Opérationnalisation :

- Une tristesse qui s'aggrave le soir.
- Irritabilité.
- Des reproches adressés au conjoint.
- Endormissement difficile.
- Négligence totale du bébé.
- Perte d'intérêt au sexe.

Chapitre I

La dépression

Préambule :

La dépression est un phénomène complexe dans lequel interviennent plusieurs causes ou «facteurs ». Ces facteurs ne sont pas indépendants les uns des autres : au contraire, ils interagissent entre eux. Contre la dépression, il est donc particulièrement efficace d'agir sur tous ces facteurs en même temps, afin de générer une dynamique d'état dépressif qui va vers l'amélioration de l'état dépressif. Nous allons aborder l'historique de la dépression et l'épidémiologie puis, les définitions de la dépression et l'humeur en suite, les types et les symptômes, l'étiologie et facteurs de risque et les caractères, à fin de distinguer les formes cliniques et diagnostique de la dépression et les épisodes et caractéristiques a la fin le traitement et la pris en charge de la dépression.

1. Historique de la dépression :

L'historique des dépressions et des troubles thymique se fait principalement autour de trois termes : la « mélancolie », la « dépression », la « manie », terme ayant connu un sort plus chaotique. Pour des raisons pédagogiques nous présenterons les trois termes séparément. Bien entendu, au sens strict, la manie n'a rien à faire avec la dépression puisqu'il s'agit de l'inverse, mais, comme il peut y avoir alternance entre les deux états ou leurs formes atténuées, il convient de tous les présenter. On aura compris que si la rigueur veut que l'on parle de « troubles de l'humeur » ou de « troubles thymiques » (hyperthymie, euthymie, dépression...), l'habitude fait que l'on utilise souvent «troubles thymiques » ou « états dépressifs » comme synonymes inappropriés.

La notion d'état dépressif, voire celle plus large de « trouble thymiques », représente un problème clinique, théorique et historique d'importance. Il s'agit d'un état, et non d'un mode d'organisation psychique comme la névrose ou la psychose, souvent transitoire dont la fréquence est élevée et qui est susceptible de se combiner avec d'autres pathologies. Enfin, si les phénomènes dépressifs ont été depuis l'antiquité, les concepts qui la désignent sont relativement nouveaux. Le terme lui-même qu'au XIV^e siècle, emprunté au latin, pour désigner un passage du haut vers le bas ; puis, au XIX^e, il est devenu un terme géographique désignant l'abaissement, l'affaissement d'un terrain. La météorologie, l'économie s'empareront du terme vers le milieu du XIX^e, le mot fera une timide entrée en psychiatrie.

Mais chez Esquirol, le mot « dépressive » est associé à la passion (« une passion triste et dépressive ») et non pas à l'humeur et ce critère est, comme le montre Lanteri-Laura, un

principe de classification secondaire ; la psychiatrie reste tributaire de l'opposition entre le délire général et le délire partiel. L'heure de la dépression n'a pas encore sonné !

En fait, ce seront principalement Guislain (en 1833), puis Griesinger (en 1865) ; qui feront apparaître la catégorie de l'humeur et des troubles de l'humeur dans la taxinomie psychiatrique. Guislain est l'« inventeur » de la notion de « douleur morale » et considéré que toute affection mentale commence par une altération de l'humeur. Griesinger reprendra une thématique proche. Ces deux auteurs seront à l'origine d'une évolution des conceptions : la notion de « troubles de l'humeur » va prendre une place première, laissant de côté traditionnelle opposition entre le délire général (unique, globale) et le délire partiel (monomanie).

La dimension sociale, historique, culturelle de l'apparition et de l'évolution des dépressions a été analysée récemment. Ehrenberg (1998) s'est attaché à définir la dépression d'un point de vu psychosocial, en prenant en compte le contexte socioculturel. Son analyse de réfère à la demande sociale qui est omniprésente et de plus en plus exigeante. La santé mentale du sujet passe par son bien-être aussi bien individuel dans la société qu'interpersonnel auprès des membres d'un groupe. Cette santé mentale est considérée comme un confort psychique, social et psychologique. (Jean-Louis.P et Amal.B, 2005, p7-9-11-17)

2. Epidémiologie :

La dépression constitue un enjeu majeur de santé publique [1]. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression représente 4,3 % des DALYs totales (une DALY – disability-adjusted life year – correspond à une année de vie en bonne santé perdue), occupant ainsi la troisième place au niveau mondial derrière les infections respiratoires basses et les diarrhées aiguës, mais la première place dans les pays à PIB élevé (8,2 % des DALYs) [2]. Le trouble dépressif majeur est en effet associé à un handicap significatif [3-5], de fréquentes comorbidités psychiatriques et somatiques [3-5], ainsi qu'à une surmortalité prématurée [6].

Entre 1980 et 2002, trois grandes études nord-américaines réalisées en population générale ont été consacrées aux aspects épidémiologiques des troubles psychiatriques. Au cours des années 1980, l'Epidemiologic Catchment Area (ECA), à partir des critères du DSM-III, a retrouvé une prévalence ponctuelle du trouble dépressif majeur de 3 %, et sur la vie entière de 5,2 % [3, 7]. Entre 1990 et 1992, la National Comorbidity Survey (NCS), à partir des critères du DSM-III-R, a retrouvé des prévalences nettement plus élevées, avec une

prévalence ponctuelle de 8,6 %, et sur la vie entière de 14,9 % [4, 8, 9]. Ces chiffres ont été confirmés 10 ans plus tard, par réplication de l'étude NCS à partir des critères du DSM-IV : la prévalence ponctuelle était de 6,6 %, et sur la vie entière de 16,2 % [5]. Au niveau international, d'autres études épidémiologiques ont été conduites en population générale : en Allemagne, prévalence du trouble dépressif majeur de 10,7 % sur l'année écoulée, et de 17,1 % sur la vie entière (critères du DSM-IV) [10] ; aux Pays-Bas [11], en Norvège [12], en Italie [13], et en Hongrie [14], prévalences entre 15,1 et 17,8 % sur la vie entière, et entre 5,8 et 7,3 % sur les 12 derniers mois (critères du DSM-III-R).

1 2 Comprendre et soigner la dépression

Au regard de ces différentes études, on constate donc une augmentation de la prévalence du trouble dépressif majeur à partir des années 1990. On peut s'interroger sur la signification d'une telle augmentation. Tout d'abord, elle peut être le reflet d'un meilleur repérage des épisodes dépressifs par les cliniciens, davantage sensibilisés et mieux formés. Sur le plan méthodologique, il peut s'agir d'un biais d'évaluation lié aux critères diagnostiques retenus : des classifications antérieures, comme le DSM-III, étant considérées par certains auteurs comme plus restrictives. Un autre argument, d'ordre sociologique, se fonde sur l'évolution du regard, moins péjoratif, porté sur les troubles psychiques en général, et sur la dépression en particulier, les sujets interrogés étant moins réticents à évoquer leur ressenti affectif. (Charles-Siegfried .P.2013, p1-2)

3. Définition des concepts :

3.1. Humeur :

Est un état persistant. Elle diffère des émotions, peut avoir une connotation positive ou négative, on parle de bonne ou de mauvaise humeur. Il existe un sentiment constant et général de mal-être et de désespoir. Pour le patient déprimé la vie paraît terne et sans espoir. La pensée envahie par un pessimisme lancinant et implacable. A l'extrême le patient peut présenter des idées mélancoliques d'indignité, d'incurabilité et/ou de culpabilité. (Charles-Siegfried .P.2013, p29)

3.2. Humeur dépressive :

L'humeur dépressive persistante est la principale caractérisée de la dépression, il convient de rechercher une tristesse malgré soi (tristesse pathologique), une douleur morale lancinant, un pessimisme de soi et du monde, une perte de l'estime de soi, une auto dévalorisation. L'installation de cette humeur dépressive, souvent progressive, se traduit initialement par une hyperréactivité émotionnelle négative dans des situations communes de la vie quotidienne. (Charles-Siegfried.P, 2013, p28-29)

3.3. Dépression :

Selon L'OMS :

La dépression est un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration.

La dépression est une pathologie très fréquente dont le traitement repose essentiellement sur les antidépresseurs, qui sont en général assez efficaces. Mais un certain nombre de dépressions sont résistantes au traitement et, d'une façon générale, la dépression reste toujours une pathologie très handicapante, responsable de beaucoup de souffrances individuelles et d'un cout important en termes aussi bien socio-familiaux que d'économie de la santé. (Charles-Siegfried.P, 2013, p69)

Forme de trouble ou souffrance psychique caractérisée par les symptômes suivants : chute de l'humeur, idées noirs, dépréciation, diminution de l'élan vital, apathie, avec leur retentissement somatique (perte d'appétit, trouble du sommeil)... la dépression est la forme que revêt particulièrement la décompensation de l'état-limite. Toutefois, des symptômes dépressifs peuvent s'inscrire dans différents tableau psychopathologiques (névrotiques et même psychotiques) ; sous la dépression, il convient donc de rechercher les caractéristiques psychiques de la personnalité pour savoir quelles problématiques affectives et quelle signification sont engagées pas le syndrome dépressif. (Gamilio.C, Nathalia.D, Alain.L, Stéphane.R, Nicolas, G, 2007, p42)

4. Les types de la dépression :

De nombreux types cliniques de dépression sont décrits en fonction des symptômes prédominants.

4.1. La dépression psychogène :

La dépression psychogène (moins grave), qui peut toucher tous les individus à la suite d'un traumatisme psychologique, sans facteur déclenchant.

Il s'agit alors d'une réaction brève (quelques jours, semaines) mais proportionnée au traitement médicamenteux et son traitement passe avant tout par une psychothérapie.

La dépression endogène (plus grave) survient sans facteur déclenchant, souvent de manière récurrente et saisonnière, chez les sujets souffrant de troubles bipolaires. Les épisodes sont plus prolongés (quelques semaines ou mois) et paraissent souvent difficilement explicables par des circonstances extérieures. Son évolution est, le plus souvent, favorable sous traitement médicamenteux en association à une psychothérapie.

La première est liée à des aspects psychologiques individuels préalables alors que la seconde est supposée imputable à des facteurs biologiques (en l'absence de facteur psychologique déclenchant). (Jean-Louis, P, Amal.B, 2005, p69)

4.2. La dépression mélancolique :

Le terme de mélancolie est utilisé depuis plus d'un siècle pour décrire un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère ayant des caractéristiques quantitatives et qualitatives particulière. Du point de vue qualitatif, la mélancolie est remarquable par la gravité du tableau clinique. L'intensité dépressive est reflétée par la douleur morale intense qui transparaît sur le visage du patient (oméga mélancolique : visage triste dont les sourcils pointent vers l'intérieur du visage), la perte de capacité à éprouver du plaisir pouvant aller jusqu'à l'anesthésie affective. Le ralentissement psychomoteur est majeur, allant parfois jusqu'à la catatonie. Classiquement, le visage est figé, amimique, les gestes sont rares et peu amples. Le discours est lent, monotone et peu audible. Du point quantitatif, la mélancolie se distingue par l'existence d'une symptomatologie plus importante le matin que le soir (amélioration vespérale), des insomnies de deuxième partie de nuit avec des réveils précoces, une perte de poids majeure et rapide. Enfin, l'existence d'un sentiment de « honte », de culpabilité, d'indignité, d'incurabilité et/ou de ruine fait poser le diagnostic de mélancolie. (Charles-Siegfried.P. 2013, p34)

4.3. La dépression masquée :

Il arrive fréquemment qu'une personne déprimée se présente sous des aspects qui n'ont apparemment pas de rapports directs avec une souffrance psychologique. Les plaintes somatiques sont fréquentes chez les déprimés, constituant parfois le seul motif de consultation. Des plaintes du types céphalées, mal de dos, douleurs thoraciques, troubles digestifs, douleurs vagues, localisées dans les membres, le visage et le corps, insomnie, fatigue, perte de poids, prise de poids peuvent cacher une dépression. Ce qui est caractéristique de ces plaintes, c'est l'existence d'une rupture avec le fonctionnement antérieur et l'absence de cause organique retrouvée, même après des examens médicaux approfondis. Souvent, un entretien minutieux retrouve, en arrière-plan, des signes classiques de la dépression associés aux plaintes somatique. (Charles-Siegfried.P. 2013, p.38)

4.4. La dépression d'involution :

Elle a été individualisée par Kraepelin en 1896. On la définit habituellement comme un syndrome dépressif apparaissant chez un sujet en période d'involution, à la condition que ce sujet n'ait pas présenté antérieurement de manifestation maniaco-dépressive et que sa dépression ne soit manifestement secondaire à une atteinte organique cérébrale(P.Pichot). L'anxiété y serait plus importante, le ralentissement psychomoteur moins marqué que dans la psychose maniaco-dépressives. Soulignons toutefois que l'autonomie étiologique de la dépression d'involution est fort controversée à l'heure actuelle. (Pewzner.E, 2000, p94)

4.5. La dépression bipolaire :

Environ 10 à 15 % des dépressions unipolaire (dépressions récurrentes) seront rattachées avec le temps au trouble bipolaire (alternance de périodes dépressives et de périodes maniaques ou hypomaniaques). C'est l'évolution qui permet de poser le diagnostic de façon rétrospective. Devant un épisode dépressif, il convient de rechercher systématiquement des épisodes antérieurs d'exaltation de l'humeur (antécédents personnels ou familiaux) afin d'ajuster au mieux le diagnostic. L'intérêt de cette précision n'est pas seulement diagnostique mais aussi thérapeutique. En effet, la prescription d'un antidépresseur doit être prudente lors d'une dépression bipolaire et ne se conçoit qu'après optimisation des traitements thymorégulateurs et en association à ces derniers.

Il existe différents types de trouble bipolaire (DSM-IV-TR) :

- **Trouble bipolaire de type I** : alternance d'épisodes maniaques et d'épisodes dépressifs,
- **Trouble bipolaire de type II** : association d'un ou plusieurs épisodes dépressifs et d'au moins un épisode hypomaniaque (épisode maniaque de moindre intensité caractérisé pas des symptômes d'hyperactivité et d'excitation psychique contrôlables par le sujet et sans répercussion majeure sur ses relations sociales familiales et professionnelles). (Charles-Siegfried.P, 2013, p41)

5. Les symptômes de la dépression :

La dépression entraîne un « ralentissement » dans tous les registres de la vie quotidienne : vie affective, fonctionnement intellectuel, forme physique, mécanismes vitaux et corporels etc.

Ce « ralentissement » se décline en multiples symptômes qui persistent pendant une longue durée (au-delà de quinze jours). La liste ci-dessous peut vous aider à repérer certains de ces symptômes, sachant qu'une même personne peut ne pas les ressentir tous.

5.1. Symptômes en rapport avec les sentiments :

Monotonie de l'émotion, tristesse pathologique, pouvant aller du simple cafard au désespoir, sentiment d'ennui (morosité, perte de sens, de l'intérêt des activités...) anesthésie affective ou indifférence affective : pertes des émotions et des sentiments dont le sujet se plaint. Incapacité à éprouver un plaisir, anhédonie, irritabilité. Labilité émotionnelle.

5.2. Symptômes comportementaux :

L'inhibition, le figement devenaient le critère principal, comportement suicidaire, la diminution de la vitesse du comportement, de la pensée ou de la communication, ce ralentissement moteur et/ou psychique s'accompagne d'une sensation de fatigue importante, catatonie, le ralentissement psychomoteur porte sur le comportement visible, lenteur de débit, semi-mutisme, mutisme.

5.3. Symptômes en rapport avec les attitudes envers soi :

Vécu pessimiste accompagné de sentiment d'insatisfaction, d'autodépréciation (« je rate tout »), de culpabilité pouvant aller jusqu'à des manifestations délirantes (« je suis un misérable, j'ai vendu ma famille et mes enfants »), dévalorisation, sentiment d'être incompris sans aide, sentiment de désespoir que l'avenir sera pire.

5.4. Symptômes d'affaiblissement cognitifs :

Concentration très mauvaise, impossibilité pour le patient de fixer son attention, diminuassions de la mémoire, incapacité de remémorer des faits récents, ruminations mentales, stagnation dans le raisonnement, incapacité complète à penser, discours pauvre, aucune idée nouvelle dans l'entretien, inhibition de la volonté.

5.5. Symptômes en rapport avec les changements organiques :

L'insomnie de « fin de nuit »(ou « insomnie de petit matin ») insomnie d'endormissement, réveils nocturnes, ou une hypersomnie chez d'autres personnes, amaigrissement, dégoût de la nourriture, la boulimie, somatisation digestif, cardio-vasculaire, sexuels, les algies faciales, sensation de tension musculaire avec douleur, tremblements, soubresauts, hypotension, ralentissement du pouls, la constipation, impuissance sexuelle, frigidité. (Jean-Louis.P, Amal.B, 2005, p 25 - 32).

6. Etiologie et facteurs de risque :

Face à une dépression, on cherche souvent des explications, et les premières questions qu'on se pose sont : (*Pourquoi moi ?, *Que s'est-il passé ?, *À quoi est-ce dû ?)

Notre besoin de comprendre et de donner un sens à ce qui nous arrive est un processus naturel, en particulier à l'occasion d'expériences douloureuses.

La dépression, comme la plupart des maladies psychiques, ne provient pas d'un facteur unique. Elle résulte au contraire d'un ensemble de mécanismes de diverses natures, encore imparfaitement connus.

On distingue habituellement les facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux (liés à l'environnement social ou familial). Certains de ces facteurs interviennent très en amont de la dépression, ils préparent le terrain, on parle alors de facteurs de risque ou facteurs de vulnérabilité. Par exemple, le fait de vivre des moments traumatisants

ou des conflits importants pendant la petite enfance serait associée à un risque accru de dépression dans la suite de l'existence.

D'autres facteurs interviennent juste avant la dépression, ils la déclenchent : on parle alors de facteurs précipitant.

6.1. Les facteurs biologiques :

La survenue des symptômes de la dépression est liée à une perturbation du fonctionnement cérébral. C'est bien le fonctionnement du cerveau qui est atteint, non sa structure. Cette distinction est importante car elle permet de bien comprendre que cette maladie peut être réversible.

Ce dysfonctionnement du cerveau se traduit notamment par des anomalies dans la fabrication, la transmission et la régulation de certaines substances chimiques : les neuromédiateurs (également appelées neurotransmetteurs).

Il est difficile de savoir à l'heure actuelle si ces anomalies sont la cause initiale ou bien la conséquence de la dépression. Quoi qu'il en soit, leur correction et la restauration du bon fonctionnement des neuromédiateurs antidépresseurs. On sait aujourd'hui que la psychothérapie entraîne elle aussi ce type d'amélioration biologique si le dérèglement initial est modéré.

6.2. Les facteurs psychologiques :

Des mécanismes psychologiques particuliers sont également impliqués dans la dépression : sentiments de perte, conflits moraux, croyances négatives, mauvaises estime de soi (* je ne peux rien faire de bon, * je ne vauds rien...)

Certains de ces mécanismes trouvent leur origine dans l'enfance (plus ou moins bonne qualité des premières relations avec les parents, premières expériences associées à un sentiment de perte, de solitude, d'impuissance, de culpabilité ou de honte...), d'autres peuvent être liés à des éléments plus actuels (traumatismes, deuils liés à la perte d'une personne, d'un idéal ou d'une image de soi).

Certains des styles des comportements (sur les plans intellectuels, émotionnels, relationnels), ainsi que certains modes de défense psychologiques peuvent favoriser l'émergence et le maintien d'une dépression. Ainsi, certaines personnes souffrant de dépression expriment des croyances négatives (elles se croient par exemple incapable ou indignes de faire certaines choses...) ou n'envisagent que des perspectives pessimistes, à la

fois pour le monde qui les entoure et pour elles-mêmes. Chez ces personnes, certains évènements de la vie quotidienne, analysés sous leur angle le plus négatif, peuvent déclencher automatiquement des pensées dépressives, sans qu'il leur soit possible de faire appel à autres expériences plus positives.

Comme nous le détaillerons plus loin, c'est en agissant sur ces mécanismes psychologiques problématiques que la psychothérapie intervient sur la dépression.

6.3. Les facteurs liés à l'environnement social ou familial :

Certains évènements de la vie très perturbants ou un stress excessif et permanent peuvent favoriser l'apparition d'une dépression. Par exemple, la mort d'un être cher, la perte d'un travail, une rupture affective, des conflits familiaux ou sociaux, une maladie...

En plus des facteurs précipitant et des facteurs de risque, la présence ou l'absence de facteurs de protection dans l'environnement de la personne peut aussi jouer un rôle. Par exemple, la présence de personnes proches réconfortantes et valorisantes ou l'engagement dans des activités personnelles intéressantes peuvent protéger de la dépression ou favoriser la guérison. A l'inverse, l'absence de ces facteurs peut faciliter l'apparition (ou la réapparition) de la dépression. (PH. LAMOUREUX, 2017, P 21-24)

7. Les caractéristiques de la dépression :

7.1. Les conduites suicidaires :

La relation entre la conduite suicidaire et la dépression est complexe. Si toute conduite suicidaire n'est pas symptomatique d'un état dépressif véritable, la présence d'un syndrome dépressif chez le suicidaire augmente cependant le risque de passage à l'acte de façon significative, ainsi, il s'avère que 30 à 70 % des suicides sont liés à un état dépressif.

Des facteurs de risque suicidaires peuvent être dégagés : le sexe masculin (les hommes se suicident deux fois que les femmes), l'isolement social ou affectif actuel ou vécu dans l'adolescence. Ces facteurs de risque sont observés quelles que soient la forme et la nature de la dépression. Enfin, une rupture, peut être un facteur déclenchant dans les six mois précédents du passage à l'acte.

Sur le plan nosographique, le découpage entre dépression endogène et dépression réactionnelle ne permet pas de discerner de différences significatives par rapport au risque suicidaire. De même, selon Lester et autres, la conduite suicidaire semble autant rencontrée dans les dépressions unipolaires que dans les troubles bipolaires.

Seule l'intensité de la dépression est un paramètre majeur dans l'évaluation du risque. Sont donc associés au risque suicidaire : les dépressions délirantes (épisodes psychotique majeurs avec symptômes psychotiques du DSM-IV), notamment lorsque les idées délirantes sont des idées de culpabilité et persécution, la présence d'une agitation majeure ou d'un ralentissement psychomoteur, l'intensité de la perte d'intérêt et de la sensation de plaisir, l'importance du désespoir et la verbalisation d'idées suicidaires. (S. BECHAM, 2000, p55-56)

7.2. Les réactives aux influences du milieu :

La dépression réactive peut apparaître pour différentes raisons. Néanmoins, cette humeur caractérisée par le découragement, le désespoir et l'irritabilité est toujours une réponse à un ou plusieurs événements extérieurs très spécifiques : un décès, une rupture, du harcèlement professionnel, une situation de stress familial intense maintenue dans le temps... qui, à un moment donné, nous surpassent.

La dépression d'une personne proche bouleverse les repères établis dans la famille ou encore dans une relation amicale. Les proches ne savent pas toujours comment réagir et se retrouvent souvent démunis face à la dépression d'un des leurs. Ils peuvent d'ailleurs être emportés dans différents pièges qu'il est mieux de connaître pour les éviter. Ceci leur permettra alors d'être plus efficaces dans leur soutien auprès de la personne souffrante d'un épisode dépressif majeur. Cela est également déterminé dans le milieu professionnel et social.

7.3. Les troubles somatiques :

Les principaux troubles somatiques de la dépression sont :

- **Altération de l'appétit** : l'appétit est le plus souvent diminué (les aliments semblent sans goût, l'assiette paraît trop remplie). La perte de poids est souvent un signe important pour établir un diagnostic de dépression. A l'inverse, on observe parfois une augmentation de la prise d'aliments (surtout sucrés) pouvant conduire à une prise de poids.
- **Troubles du sommeil** : insomnie d'endormissement, réveils nocturnes avec cauchemars, insomnies de fin de nuit souvent associée à des idées suicidaires plus prégnantes. L'hypersomnie est une autre forme de trouble du sommeil : le patient trouve refuge dans un sommeil qui a perdu sa valeur réparatrice d'où la sensation de fatigue dès le réveil.
- **Troubles de la libido** : baisse de l'appétit sexuel, impuissance ou frigidité.

- **Troubles digestifs** : diarrhée ou constipation, anorexie, gastralgie, état saburral des voies digestives.
- **Troubles cardiovasculaires** : palpitations, bouffées vasomotrices, hypotensions et bradycardie dans les formes sévères. (C-S. PERETTI, 2013, P31-32).

7.4. Défense maniaque :

C'est une réaction par l'excitation, traduisant un triomphe illusoire, une tentative de maîtrise toute puissante sur la perte de l'objet. « Je peux tout détruire, je répare quand je veux », disait une patiente maniaque. Dans le déni, l'individu a la conviction de ne plus dépendre des autres.

La position dépressive est surmontée lorsque l'objet est introjecté de façon stable : le sujet devient capable de penser à la personne en son absence. L'absence n'est alors plus synonyme de mort ou de destruction, mais est vécue de façon sereine. L'objet lui-même est remplacé par la représentation de l'objet. Le sujet n'a plus besoin de sa présence constante, il intègre progressivement un sentiment de sécurité. Il s'agit donc d'un moment important dans la maturation du Moi. (D.W. WINNICOTT, 1945).

8. Les formes cliniques et diagnostic de la dépression :

8.1. L'épisode dépressif caractérisé : la forme la plus fréquente.

La dépression se manifeste le plus souvent sous forme d'épisode(s) : on parle alors d'épisode dépressif caractérisé ou d'épisode dépressif majeur.

Le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé est posé une fois que les symptômes répondent aux critères diagnostiques du DSM-5, qui sont les suivants :

- A.** Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne ou observée par les autres.

2. Diminution marquée de l'intérêt ou le plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
 3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p.ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (**N.B** : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de 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 inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (ne pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B.** Les symptômes induisent une détresse 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 ou à une affection médicale.

N.B : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

N.B : Les réponses à une perte significative (p.ex. deuil, ruine, pertes 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, symptômes de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans les critères A et équivalant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode d'un dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques. (M-A. CROQUE, J, D. GUELF, DSM-5, 2015, P86-87).

8.2. L'épisode dépressif peut être plus ou moins sévère :

En fonction du nombre et de l'intensité des symptômes, la dépression sera plus ou moins sévère, la vie quotidienne plus ou moins perturbée. Lors des épisodes les plus graves, tous les types de symptômes sont présents et leurs effets dans la vie de tous les jours sont considérables. Les incapacités et perturbations relationnelles, professionnelles et sociales sont nombreuses. Dans les cas extrêmes, la personne ne parvient plus à prendre soin d'elle-même (se nourrir, s'habiller seule, conserver un minimum d'hygiène personnelle...) ou peut tenter de mettre fin à ses jours.

8.3. L'épisode dépressif peut être associé à certaines périodes de la vie ou de l'année :

- **Saisons** : l'épisode dépressif peut survenir régulièrement à des moments bien particuliers de l'année, apparaître par exemple chaque hiver pour disparaître au printemps. On parle alors d'épisode de type saisonnier. Cette forme est cependant assez rare.
- **Maternité** : c'est une période à risque. L'épisode dépressif après l'accouchement (l'épisode dépressif du post-partum) ne doit pas être confondu avec le baby blues. Ce dernier est un moment de doute passager, facilement surmontable, qui se caractérise par le sentiment d'être débordée, de ne pas comprendre les demandes de son bébé. Il se manifeste chez de nombreuses femmes (près de 50 % des accouchées) quelques jours après l'accouchement. L'épisode dépressif du post-partum est lui, une véritable dépression qui répond à tous les critères de la maladie (durée, symptômes, conséquences) et qui débute dans le mois qui suit l'accouchement.
- **Deuil** : au cours des semaines qui suivent la perte d'un être cher, il est courant de ressentir des symptômes dépressifs. Ceux-ci font partie du processus normal de deuil. On peut avoir recours à un professionnel de santé ou à toutes autres personnes pour en parler et atténuer la douleur du deuil. Mais le recours au professionnel de santé pour

une prise en charge spécifique devient absolument nécessaire si les symptômes persistent sur une longue période (plus de deux mois) ou sont particulièrement envahissants. (PH. LAMOUREUX, 2017, P16).

Les caractéristiques de l'épisode dépressif peuvent varier en fonction de l'âge :

- **Enfants et adolescents :** la plupart des caractéristiques de la dépression de l'adulte se retrouvent chez l'enfant et l'adolescent. Néanmoins, certains symptômes dépressifs peuvent être spécifiques à ces tranches d'âge :

Chez l'enfant, la dépression peut se manifester à travers des comportements de retrait, d'absence ou –au contraire- d'irritabilité, d'agitation. Seule une écoute attentive et avertie de l'enfant par un professionnel pourra la mettre en évidence.

Chez l'adolescent, la dépression peut se manifester au travers de comportements nuisibles pour leur santé : abus d'alcool, de drogues, de médicaments (anxiolytiques, hypnotiques), états d'agitation, violence verbale ou indifférence apparente...etc.

- **Personnes âgées :** la dépression et le risque suicidaire, n'épargnent pas les personnes âgées, bien au contraire. Les symptômes de la maladie sont très semblables chez elles à ceux qu'on peut trouver chez les adultes plus jeunes mais la reconnaissance de la maladie peut être plus difficile à faire, en raison de la diminution de l'activité physique et parfois intellectuelle. Pourtant, le fait d'être triste ou pessimiste ne doit pas être considéré comme normal lorsque l'on est âgé. Le traitement est aussi nécessaire et efficace à cette période de la vie que plus tôt. Il est donc nécessaire de se faire soigner. (PH. LAMOUREUX, 2017, P17).

9. Traitement et prise en charge de la dépression :

Pourquoi le recours au soin est-il indispensable ?

La dépression est une maladie qui, pour des raisons diverses citées précédemment, est associées à une perturbation du fonctionnement du cerveau : elle affecte l'ensemble de l'organisme ainsi que la personnalité. La volonté seule ne suffit pas pour agir sur une maladie aussi complexe. Un traitement est donc absolument nécessaire quand on souffre de dépression.

Se faire faire soigner, suivre une psychothérapie, un traitement médicamenteux, c'est en réalité, redevenir acteur, retrouver le choix, reprendre en main son destin.

La psychothérapie :

La psychothérapie est un traitement à part entière de la dépression. De nombreuses études ont permis d'en prouver son efficacité et d'en préciser les indications.

Durant un épisode dépressif, la psychothérapie permet de mieux gérer la maladie, de réduire ses symptômes et leurs conséquences, de donner du sens à ce que l'on vit et de pouvoir envisager de nouveaux projets.

Comment l'exercer ?

Il existe différentes méthodes de psychothérapie privilégiant des formes particulières d'intervention. Mais quelle que soit la méthode utilisée, la psychothérapie est avant tout fondée sur un échange d'une personne à l'autre qui s'instaure grâce à l'écoute, la bienveillance, l'absence de jugement et la compréhension du praticien. Celui-ci est par ailleurs, tenu au secret professionnel. La qualité de la relation, le sentiment d'être accueilli et compris dans ce que l'on vit et ressent, sont des éléments déterminants de toute psychothérapie.

Le praticien est là pour entendre la souffrance, les difficultés, les doutes ; il favorise l'expression de ce qui est réellement ressenti et nous aide à mettre des mots sur notre vécu en utilisant différents techniques : questions ouvertes, reformulation des problèmes, exercices de mise en situations, espaces de silence...etc.

Le praticien nous propose donc un face-à-face avec nous-mêmes en toute confiance, dans un cadre sécurisant. Nous pouvons alors nous regarder d'une autre façon, prendre conscience de nouvelles choses, aborder nos problèmes d'une façon différente, trouver de nouvelles réponses et des solutions efficaces.

Dans quels cas est-ce indiqué ?

La psychothérapie est un traitement toujours pertinent en cas de dépression, quel que soit le type de dépression, son niveau de sévérité ou son ancienneté. Elle peut être utilisée seule (dans le cas d'épisode dépressif d'intensité légère) ou conjointement aux médicaments antidépresseurs ou à d'autres traitements. En cas de dépression sévère en phase active, un soutien psychologique sera proposé, mais le travail de psychothérapie ne pourra débuter qu'une fois l'intensité de la souffrance diminuée par le traitement médicamenteux.

La psychothérapie n'est en aucun cas limitée à une catégorie sociale, un âge ou un sexe particulier. Il est recommandé de consulter dans les meilleurs délais, afin s'éviter une persistance et une aggravation éventuelle de la maladie qui rendraient le traitement plus difficile. (PH.LAMOUREUX, 2017, p 30-35)

Les médicaments antidépresseurs :

À quoi servent-ils ?

L'objectif du traitement par médicaments antidépresseurs est la réduction significative des symptômes dépressifs et de leurs conséquences dans la vie quotidienne.

Les médicaments antidépresseurs améliorent les symptômes de la dépression à l'issue d'environ de 3 à 4 semaines de traitement continu. Ils aident généralement à restaurer le fonctionnement normal du sommeil, de l'appétit, à retrouver l'initiative, une perception positive de la vie. Ce fonctionnement normal persiste après l'arrêt du traitement.

Comment agissent-ils ?

Les médicaments antidépresseurs sont des molécules qui agissent au niveau du cerveau, plus précisément sur les extrémités des neurones (appelées synapses), à travers lesquelles les neurones communiquent les uns avec les autres. Cette communication entre neurones se fait sous forme de messages chimiques appelés neurotransmetteurs ou neuromédiateurs.

Les médicaments antidépresseurs agissent par divers mécanismes. Aucun médicament ne mobilise à lui seul tous ces mécanismes. En fonction des symptômes de la dépression, de l'efficacité ou de l'échec de tel ou tel médicament antidépresseur prescrit dans le passé, le médecin peut proposer un traitement antidépresseur dont le mode d'action est le plus adapté à chaque situation.

Le traitement d'un épisode dépressif comporte deux phases :

- La phase aiguë, dont l'objectif est la disparition des symptômes, dure de six à douze semaines.
- La phase de consolidation, dont l'objectif est de stabiliser l'amélioration des symptômes, dure entre six mois (en fonction des symptômes et du nombre d'épisodes précédents).

L'arrêt du traitement pendant cette période critique fait courir un risque très élevé de réapparition des symptômes. C'est pour cela qu'il est indispensable de poursuivre le traitement, même après la disparition des symptômes, conformément à l'avis du médecin. (PH. LAMOUREUX, 2017, P38-40)

En complément des traitements évoqués dans ce chapitre, il est bien sûr aussi très important pour la personne souffrant de dépression de prendre soin d'elle : des actions de soin complémentaires que l'on peut mettre en place soi-même (pratique de sport certaines activités physiques, régime alimentaires équilibré, vigilance vis-à-vis de l'alcool et des substances addictives...) peuvent améliorer la qualité de vie de la personne.

Quand l'hospitalisation est-elle nécessaire ?

La plupart des formes de dépression peuvent être soignées sans avoir besoin d'aller à l'hôpital. L'hospitalisation peut cependant s'imposer en cas de dépression sévères, de traitements complexes nécessitant un suivi médical particulier ou lorsque le patient est en danger et nécessite une prise en charge (risque de suicide, perte d'autonomie...).

L'hospitalisation a par elle-même une vertu soignante. Espace éloigné du contexte dans lequel s'est développée la dépression, le lieu d'hospitalisation est un cadre dans lequel il est enfin possible d'être malade, sans chercher à cacher sa maladie. La personne hospitalisée peut alors se concentrer sur elle-même et sur son traitement.

La durée de l'hospitalisation nécessaire en cas de dépression dépend de la gravité du trouble. En règle générale, une hospitalisation comprise entre quinze jours et trois semaines est suffisante. (PH. LAMOUREUX, 2017, p 44-45)

Conclusion :

La dépression est une maladie grave récurrente potentiellement chronique. Elle est associée avec une morbidité et une mortalité importante. Sa présentation peut être trompeuse. C'est cependant une maladie qui évolue favorablement si elle est traitée avec l'ensemble des outils thérapeutiques à disposition. L'éducation du patient et de sa famille est cruciale, un but important de cette éducation est de faire diminuer les sentiments de désespoir du patient étant donné que les patients sans espoir présentent un risque important d'arrêter le traitement et de faire une tentative de suicide. Le suivi à long terme est nécessaire pour identifier et traiter la rechute si elle se présente.

Chapitre II

Dépression post-partum

Préambule :

Certaines femmes qui viennent d'accoucher pour la première fois ou non, peuvent avoir un trouble psychique, qui peut s'en passer ou se développer jusqu'à subir une dépression post-partum. Ici nous allons focaliser premièrement sur, la définition de post-partum, épidémiologie, sémiologie, diagnostique, et évolution et la pris en charge ensuite, l'historique, définition de la dépression post-partum, épidémiologie, sémiologie, DDP précoce et tardives et puis, les facteurs de risques psychiatrique, relationnels, socio-économiques et gynéco-obstétricaux et enfin, l'évolution, conséquence sur le couple et l'entourage, sur la mère et enfant finalement, la pris en charge.

I. Post-partum :

1. Définition : troubles psychiques qui peuvent apparaître chez une femme qui vient d'accoucher.

Les troubles psychiques du post-partum surviennent précocement mais ont des significations différentes selon qu'il s'agit du syndrome du 3^e jour (post-partum blues), d'une dépression mineure ou d'une psychose.

Le post-partum blues apparait chez environ la moitié des accouchements se plaignent de fatigue et de trouble du sommeil. Elles ont des crises de larmes et des craintes obsédantes de ne pas savoir s'occuper du nouveau-né. Attribué au bouleversement hormonal des suites de couches, ce syndrome serait plus fréquent chez les primipares qui ont présenté des troubles émotionnels durant la grossesse. Il ne nécessite pas de traitement puisqu'il est spontanément résolutif. Il serait, même pour certains, l'indice de la réactivité émotionnelle particulière nécessaire a la jeune mère pour établir la relation fusionnelle précoce avec le bébé. La dépression mineure ou atypique du post-partum peut débiter par syndrome du 3^e jour qui se prolonge. (Grand dictionnaire de la psychologie. Henriette.R et alla, 2011, p702)

2. Epidémiologie :

Gotlib a été un des premiers à s'intéresser aux troubles dépressifs dans la période de périnatale en postulant l'existence d'un continuum dépression entre le pré- et le post-partum. Dans une étude, qui portait sur un groupe de 360 femmes, il a retrouvé chez 25 % d'entre elle l'existence d'une symptomatologie dépressive et 10 % de femmes remplissent les critères d'un épisode dépressif caractérisé. En dépit de cette étude et de quelques autres, les travaux de

recherche sont restés centrés sur l'étude des troubles dépressifs dans la période postnatale. Depuis la fin des années 1990 ; les données de la littérature sont plus importantes. Dans une méta-analyse, Bennet rapporte une prévalence des dépressions périnatale de l'ordre de 10 à 20 %. La prévalence des dépressions périnatale vraie de 2 % à 27,5 %, en fonction des caractères diagnostiques retenus, de la date d'évaluation (premier, deuxième ou troisième trimestre) et des instruments de mesure utilisés (entretien clinique, évaluation standardisées, auto-questionnaires). La principale limite des études épidémiologiques tient à l'absence d'outil diagnostique validé, spécifique de la période périnatale et plus largement de la période puerpérale exception faite de la très récente pregnancy depression scale (PDS) et de l'Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). Cette dernière est validée pour la période postnatale, mais est très largement utilisée comme outil d'évaluation en période périnatale.

Post-partum bleus : le post-partum blues est caractérisé par des manifestations dysphoriques brèves (hyperesthésie affective, dégressivité, élution et/ou labilité de l'humeur, difficultés de concentration, dépersonnalisation, déréalisation) qui apparaissent chez la moitié des accouchées, généralement entre le troisième et le cinquième jour, concomitamment de la montée laiteuse. Ce trouble est résolutif en quelques jours avec une restitution symptomatique. Le post-partum blues est retrouvé, quels que soient les pays, avec des variantes symptomatiques en fonction des spécificités culturelles. Bien qu'il s'agisse d'un état thymique dysphorique aigu, le post-partum n'est pas considéré comme un trouble dépressif du post-partum, voire pour certains auteurs, il ne constitue même pas un trouble psychiatrique mais plutôt une variante de la normalité. C'est pourquoi nous ne faisons qu'une très courte remarque sur ce trouble, qui stricto sensu n'appartient pas à ce chapitre, n'ayant pu nous résoudre à faire une impasse totale sur celui-ci.

3. Sémiologie :

La symptomatologie anxiodépressive des parturientes est souvent assimilée à une anxiété normale, socialement acceptée, non médicale et réactionnelle au potentiel stressant de toute grossesse et/ou naissance d'un enfant et aux remaniements psychologiques qui les accompagnent. La sémiologie d'un syndrome dépressif franc et complet est caractérisée par une triade symptomatique :

- **Une humeur dépressive :** tristesse, pleurs, anhédonie, vision pessimiste de soi, péjoration de l'avenir, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, idéation morbide ou suicidaire avec ou sans scénario précis. La tristesse est au second plan masquée par une dysphorie s'exprimant par une humeur irascible, entrecoupée de décharges agressives imprévisibles. Les sautes d'humeur et l'agressivité, souvent culpabilisée.
- **Un ralentissement psychomoteur :** bradypsychie, trouble de l'attention ou de la concentration, lenteur voire diminution des mimiques faciales ou de la gestuelle. L'anxiété, sentiment pénible et obscur d'attente, est souvent associée à une humeur dépressive. L'angoisse vient noircir un tableau déjà sombre. La personne est toujours dans un état d'hyper vigilance dans l'attente de la survenue d'une catastrophe imminente inévitable. Le ralentissement et le repli sus-décrits laisse place à un état d'agitation et de tension (gorge nouée, palpitation, sueurs, précordialgie), la fatigabilité.
- **Des signes somatiques associés :** asthénie à prédominance matinale ; modification pondérale- perte ou gain ; modification du sommeil-insomnie ou hypersomnie ; plaintes somatique multiples, la modification de l'appétit, de la libido.

Baby blues : Moment de doute et de fatigue passager, facilement surmontable, qui se manifeste chez la mère quelques jours après l'accouchement. À distinguer de l'épisode dépressif du post-partum.

4. Diagnostic :

Les épisodes thymiques (troubles d'humeur) peuvent débuter soit pendant la grossesse, soit pendant le post-partum. Bien que les estimations diffèrent en fonction de la période de suivi après un accouchement, entre 3 et 6 % des femmes vont connaître le début d'un épisode dépressif caractérisé au cours de la grossesse ou dans les semaines ou mois qui suivent l'accouchement. 50 % des épisodes dépressifs caractérisés du « post-partum » débutent en fait avant l'accouchement. Ainsi, ces épisodes sont rattachés collectivement à des épisodes du péripartum. Les femmes ayant des épisodes du péripartum présentent souvent une anxiété grave et même des attaques de paniques. Des études prospectives ont montré que la présence des symptômes anxieux et thymiques pendant la grossesse, ainsi que le « baby blues », augmentent le risque de survenues d'un épisode dépressif du post-partum.

Les épisodes avec début lors du post-partum peuvent se présenter avec ou sans caractéristiques psychotiques. L'infanticide est le plus souvent associé à un épisode psychotique du post-partum caractérisé par des hallucinations donnant l'ordre de tuer l'enfant ou par des idées délirantes selon lesquelles l'enfant est possédé.

Les épisodes lors du post-partum doivent être distingués d'un état confusionnel survenant lors du post-partum, lequel se caractérise par une fluctuation du niveau de vigilance ou de l'attention. La période du post-partum est une période à part en raison de l'importance des altérations neuroendocriniennes et des adaptations psychosociales, de l'influence potentielle de l'allaitement sur la prescription des traitements et des conséquences à long terme d'un antécédent de trouble de l'humeur du post-partum sur les projets de grossesse ultérieurs. (M.A. CROCQ, J.D. GUELFY, DSM-5, 2015, p101-102).

5. Evolution et prise en charge :

L'évolution est variable :

- **Dans 70% des cas** : guérison définitive en quelques semaines ou mois.
- **Dans 20 à 30% des cas** : rechutes lors des grossesses ultérieures.
- **Dans 10 à 15% des cas** : évolution vers la schizophrénie ou une psychose maniaco-dépressive (l'anamnèse des patientes atteintes de psychose maniaco-dépressive montre que ¼ a présenté le premier épisode thymique en période de post-partum).

Chez les mères traitées pour un état schizophrénique, on observe souvent une amélioration au cours de la grossesse. Mais une surveillance étroite s'impose après l'accouchement et au cours des premiers mois, la reprise des symptômes pouvant survenir d'emblée ou plus tard au moment du sevrage ou lorsque le bébé commence à acquérir la marche et exprime ses premières manifestations d'autonomie.

L'adaptation de ces mères à la maternité est souvent sévèrement compromise et nécessite un encadrement thérapeutique vigilant à l'égard des relations mère-enfant, exigeant parfois un contrôle judiciaire. (A.D. GRILLAT, D. SEBERTIN-BLANC, 2008, p33).

Au total, la spécificité du post-partum tient en grande partie aux circonstances particulières que représente le fait de naissance qui conforme la mère à des exigences auxquelles elle ne peut pas échapper, source de satisfaction narcissique, mais aussi des reviviscences de conflits internes. Après la naissance se déploie une gamme d'états affectifs

divers qui, dans le registre dépressif, se déclinent de l'état mélancolique aux affects dysphoriques volatils du post-partum. (J. DAYAN, 2008, p32).

Le cadre de l'intervention thérapeutique en psychologie et psychiatrie périnatale et postnatale :

Un dispositif global :

L'intervention en psychologie et psychiatrie périnatale et postnatale répond à plusieurs particularités :

- Elle s'insère dans un dispositif de soins spécifique (le champ sanitaire de la périnatalité et de la post natalité) et un dispositif social (l'ensemble des lois et institutions œuvrant à la protection maternelle et infantile) avec lequel elle s'articule.
- Son objectif principal est la promotion de la santé mentale. Elle ne se destine que pour une part réduite à des sujets présentant un trouble avéré, dont les troubles dépressif et anxieux caractérisés pré et postnataux.
- Elle nécessite une grande plasticité. Elle répond aux besoins de sujets devant s'adapter rapidement à des modifications profondes pouvant affecter leur sentiment d'identité (image du corps, statut familial, statut social) et les rendant particulièrement dépendants de l'image d'eux-mêmes et du soutien que leur apporte l'environnement, ce qui conduit à des aménagements du cadre thérapeutique.
- Elle répond à une exigence, au moins théorique, de continuité. La dispersion des prises en charge nuit à leur cohérence et rend vulnérable la femme à la recherche d'une continuité parmi ses interlocuteurs (quelle que soit leur spécificité : sages-femmes, psychologue, obstétriciens, etc.) et entre les différentes étapes de sa maternité (prépartum, post-partum et retour au domicile surtout lorsque celui-ci est effectué dans les 48 heures).
- Les effets de continuité entre pré- et post-partum et les nombreux systèmes interactifs s'établissant entre l'enfant et la mère in utero et en post-natal.

Cela se vérifie pour la survenue d'une souffrance psychique organisée chez la mère (dépression particulièrement), de l'installation des patterns relationnels inadéquats entre la

mère et son enfant, de troubles du développement psychoaffectifs de l'enfant, de dysfonctionnement de la cellule familiale. Cette intervention au sens large, impose une attention équivalente à l'égard de la grossesse, de la naissance et du développement du nourrisson. (J. DAYAN, 2008, p47-48)

II. Dépression du post-partum :

1. Historique :

Nous allons intéresser aux dépressions périnatales, à distinguer du « bleus » et des psychoses puerpérales qui n'entrent pas directement dans le champ de cette étude. Les troubles de l'humeur chez les accouchées sont connus depuis longtemps, Hippocrate les mentionne déjà 400 avant J-C. En France, à la fin du XIX^e siècle, psychiatres J.E. Esquirol et son élève L.V. Marcé décrivent les manifestations de la folie mais aussi des troubles mentaux d'intensité modérée ne nécessitant pas d'hospitalisation. En 1858, le D^r L.V. Marcé publie le traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices.

Il faut attendre le XX^e siècle et les travaux anglo-saxons de la fin des années 1960 pour voir apparaître le terme de dépression : la dépression atypique suivant la naissance (petit, 1968) est différenciée du bénin post-partum bleus (Yalom, 1968) et de la psychose puerpérale. Cette classification tripartite : bleus, dépression, psychose ou décompensation puerpérale est maintenant actuellement. Ces troubles ne seraient pas radicalement différents mais s'inscriraient plutôt d'un gradient de gravité (Golse, 1999).

À la fin des années 1970 en France, M. Bydlowski (1997), entamant une collaboration avec les obstétriciens, décrit la névrose traumatique post-obstétricale ; suite à un premier accouchement vécu avec une grave intensité traumatique, les symptômes atténués au fil du temps se réveillent à l'occasion d'une nouvelle grossesse, il signale la détresse psychique maternelle.

Après la description de ces troubles suivant la naissance, est venue la question de la dépression pendant la grossesse : la recherche des facteurs de risque de la dépression post-partum l'a révélée (Manzano et coll., 1997). Elle se manifeste par l'exacerbation des troubles habituels de la grossesse telle que l'anxiété, les modifications du sommeil et les divers inconforts physiques. Le trouble peut passer inaperçu, d'autant que les femmes enceintes sont

réticentes à en parler. Se sentir seule, incomprise par l'entourage, s'inquiéter beaucoup pour le bébé à naître sont plus fréquents que la tristesse. La pré-partum (non soignée) peut précéder la dépression post-natale : selon l'étude de J. Manzanon, les deux tiers de femmes qui sont déprimées en post-natale l'étaient déjà pendant la grossesse. Les femmes qui se dépriment seulement après la naissance rapportent un vécu difficile de l'accouchement ou de ses suites, ou des difficultés rencontrées par le bébé (maladie, séparation...), susceptible de nuire à l'installation de l'accouchement.

Les évaluations psychiatriques actuelles décrivent des dépressions mineures, modérée ou majeures, ces dernières sont les mieux repérées et traitées. En revanche, les dépressions modérées ou mineures peuvent passer inaperçues, elles guérissent spontanément en quelques mois au fur et à mesure que le bébé grandit et devient moins dépendant. Mais elles peuvent aussi se prolonger, réapparaître lors d'une prochaine grossesse, et surtout elles affectent la qualité des premiers liens avec l'enfant. Nous savons maintenant que tous les premiers liens à l'autre sont la matrice du développement psychique du bébé : nous comprenons que les effets sur la construction psychique de l'enfant risquent de persister même si la dépression maternelle est guérie au bout de quelques mois, comme l'a montré le chercheur britannique L. Murray (1998). Plus récemment J. Rochette-Guglielmi (2014) a fait le même constat.

2. Définition :

La dépression du post-partum (DPP) a été décrite par Marcé en 1858 dans un traité intitulé *De la folie des femmes enceintes* qui distingue les « accidents nerveux » survenant pendant les huit à dix premiers jours après la délivrance (actuel « blues » du post-partum) et ceux qui se développent vers la cinquième ou sixième semaine (actuelle DPP). Il faudra attendre 1968 pour que Pitt caractérise cette dépression particulière définie aujourd'hui comme un épisode dépressif survenant dans la première année du post-partum¹. On estime actuellement à 15-20 % des accouchées l'incidence de cette dépression dont les signes apparaissent de 6 à 8 semaines après la naissance. Elle suit un cours plutôt favorable de 3 à 6 mois avec des exceptions qui s'installent plus durablement ; près de la moitié des mères seraient quand même toujours déprimées un an après. Elles récidivent en proportion non négligeable (30-50 %) lors d'une grossesse ultérieure. Ces dépressions souvent méconnues et peu traitées se présentent sous une forme peu spécifique : une tristesse qui s'aggrave le soir, une irritabilité, des reproches adressés au conjoint, un endormissement difficile, des

cauchemars. Dans la journée les femmes se plaignent d'une lassitude physique et intellectuelle, voire d'un véritable épuisement qui peut paraître fondé lorsque le bébé pleure ou dort mal. L'anxiété porte sur le nouveau-né ; la crainte d'être une mauvaise mère conduit à multiplier les consultations médicales. Ces signes d'apparition progressive ne sont pas toujours faciles à distinguer d'un « blues du post-partum ». Les traits spécifiques de la dépression sont néanmoins présents : la perte des intérêts habituels, du désir sexuel, les troubles de l'attention, de la concentration. Le ralentissement psychomoteur est peu fréquent. Les idées suicidaires sont rares mais l'entourage doit être alerté de ce risque par une mère qui se sent inutile. Les DPP sont souvent ignorées pour des raisons qui tiennent à la période dans laquelle elles apparaissent. Leur caractère atypique les a fait qualifier de dépressions « souriantes » et répertorier comme des dépressions mineures. L'expression et la reconnaissance de la DPP se heurtent, chez les mères comme dans leur entourage, à l'impératif de bonheur dont la naissance d'un enfant s'accompagne habituellement. Éprouver de la détresse ou une absence de joie à ce moment-là est vécu avec culpabilité ; se blâmant elles-mêmes, elles n'osent ni en parler ni demander de l'aide. (Clorisse.F, p38-39)

Les dépressions périnatales font suite à un événement: la grossesse et/ou la naissance. Le lien chronologique avec l'état dépressif pourrait typiquement conduire à envisager le trouble comme un état réactionnel, d'autant que, d'emblée ou à travers le travail psychothérapeutique, apparaît une relation compréhensible entre le trouble et l'événement.

Karl Jaspers (1913) propose trois éléments de définition d'une réaction pathologique «vraie»: la réaction n'intervient qu'après un événement, noue une relation compréhensible avec celui-ci, disparaît ou se réduit progressivement quand l'événement cesse.

Kraepelin (1915) a souligné le rôle des événements associés à une humiliation d'ordre éthique dans certaines réactions délirantes.

Freud (1915) met en avant la perte d'un objet d'amour à l'origine de l'état mélancolique, mais ajoute l'humiliation, le préjudice, et la déception. Ainsi, non seulement la perte d'un objet d'amour externe, mais aussi la perte de l'estime de soi sont évoquées comme circonstances étiologiques. (Jacques. D, 2008, p16).

3. Epidémiologie :

La dépression n'est qu'un des complications psychiatriques possibles dans le post-partum. Le trouble dépressif est la pathologie psychiatrique qui apparaît, du point de vue chronologique, la plus éloignée par rapport à l'accouchement. Les dépressifs du post-partum débutent classiquement dans les quatre à six semaines post-accouchement. La société internationale dont le champ d'intérêt, de travail et de réflexion est la périnatalité, prône pour que le diagnostic de dépression postnatale puisse être retenue jusqu'à 1 an après la naissance, en s'appuyant notamment sur les travaux de Pop et Holt qui retrouvent deux pics de fréquence des dépressions postnatales : vers la dixième semaine puis vers le neuvième mois post-partum. La prévalence des dépressions du post-partum est estimée entre 10 et 10 % des accouchées. Elle varie de 5 à 20 %, selon les études, en fonction des critères diagnostiques retenus, de la date d'évaluation et des instruments de mesure.

4. Sémiologie :

Depuis près de 40 ans, de nombreux cliniciens travaillent à la mise en évidence de traits sémiologique dépressifs plus caractéristiques des dépressions du post-partum. Les données des études cliniques semblent globalement concordantes sur l'existence d'une variable temporelle (dépression précoce du post-partum et dépression tardive du post-partum) qui se traduirait par des tableaux cliniques différents du point de vue de la sévérité symptomatique du trouble.

4.1. Dépression précoce du post-partum : (dans le premier mois du post-partum) sont le plus souvent des dépressions caractérisées, avec une symptomatologie proche du tableau clinique classique, dominé par la tristesse, l'anhédonie relative, le ralentissement psychomoteur, un sentiment d'incapacité et de culpabilité vis-à-vis de l'enfant qui n'entraîne pas l'élan de joie escompté, des idées suicidaires. La dépression s'accompagne d'idées délirantes, le problème des limites avec la psychose aigüe puerpérale dans sa forme dépressive voire mélancolique.

4.2. Dépression tardive du post-partum : apparaissent fréquemment l'ords du deuxième mois du post-partum et les mois suivants jusqu'au douzième mois. Leur diagnostic est plus délicat, les majorités de ces dépressions ne réponds pas aux critères de dépression caractérisée (tels que définis dans les manuels de classifications internationaux). Elles sont le

plus souvent d'intensité modérée et d'évolution trainante. La dispersion des éléments clinique mis en évidence dans les travaux de recherche ne permet pas de valider un tableau clinique spécifique des dépressions du post-partum. Cette forme de dépression fréquemment appelée dépression « atypique » du post-partum mérite d'être mieux connue. Les symptômes sont différents et souvent opposés aux symptômes d'une dépression caractérisée même légère où prévaut la stabilité dépressive de l'humeur avec pessimisme global et perte d'estime de soi, anhédonie extensive, ralentissement psychomoteur, idées suicidaire, amaigrissement, réveils précoces sans pouvoir se rendormir.

L'humeur dépressive stable des épisodes dépressifs caractérisée est remplacée par une dysphorie modérée, marquée par une asthénie importante sans ralentissement manifeste. La relation d'altérité est dominée par l'impatience, l'irritabilité vis-à-vis de l'époux et d'autres membres de la famille (fratrie). (Charles-siegfried.P, 2013, p61-65).

5. Facteurs de risque :

Les principaux facteurs de risque sont psychiatriques (antécédents dépressifs, anxiété de la grossesse) et relationnels (soutien social, conjugalité). Les facteurs socioéconomiques ainsi que les facteurs obstétricaux jouent un rôle moindre. (J. DAYAN, 2008, p29-30)

5.1. Facteurs psychiatriques :

Des antécédents de dépression, postnatales ou à tout autre période de la vie, de l'existence de manifestations anxieuses ou dépressives durant la période prénatale sont les plus importants facteurs de risque. Plus encore. L'intensité des manifestations anxieuses durant la grossesse apparaît corrélée avec l'intensité des manifestations dépressives du post-partum. Les facteurs familiaux jouent un rôle mineur, un peu plus marqué pour les DPP de définition stricte (dépression majeur, de survenue précoce). Les événements « stressants » autres que la grossesse, l'accouchement et ses éventuelles complications rendent les accouchées plus vulnérables à la survenue d'une DPP. Ils peuvent être appréciés à l'aide d'échelles constituées par une liste d'évènements ou absence est indiquée, et parfois leur retentissement est apprécié par le sujet lui-même.

5.2. Facteurs relationnels :

Quelques explications doivent toutefois être notées : le rôle important des mésententes conjugales et celui des relations conflictuelles et/ou de dépendance à la mère, aux extrêmes de

la vie reproductive. Une explication notable en est l'absence de soutien social, sous la forme d'un conjoint ; confident, d'un réseau amical ou d'un soutien professionnel.

5.3. Facteurs socio-économiques :

Les facteurs de risque associés à la dépression postnatale sont grossièrement semblables à ceux des autres dépressions : faible soutien social, faible niveau d'éducation, absence d'emploi peu valorisant, évènements de vie négatifs survenant pendant la grossesse ou durant le post-partum, carences affectives, violence et abus sexuels de l'enfance. Une conséquence commune à ces facteurs de risque est de favoriser une faible estime de soi et une confiance réduite en ses qualités maternelles. Il faut toutefois noter qu'un facteur de risque pris isolément ne joue un rôle massivement déterminant dans l'apparition d'une dépression postnatale, ce qui traduit leur faible participation, pris un à un, à la variance globale.

5.4. Facteurs gynéco-obstétricaux :

Les études utilisant les questionnaires comme méthode diagnostique retiennent globalement les complications obstétricales comme un facteur de risque mineur. Ce résultat n'est pas constamment retrouvé lorsque le diagnostic, plus fiable, est effectué à l'aide d'entretien. L'extraction par césarienne en urgence peut entraîner une détresse profonde mais de durée généralement réduite et ne constitue pas à proprement dit à elle seule un facteur de risque de la dépression post-partum (DPP). Les anomalies du travail ou les complications des suites de couches et la parité (sauf grands multipares) n'apparaissent pas liées à la dépression. Malgré de nombreux arguments, il existe encore insuffisamment d'une DPP et le syndrome prémenstruel. Les accidents néonataux sont un facteur de risque de dépressions modérées. Les accidents mettant brutalement en danger la vie de la parturiente telle une hémorragie sévère de la délivrance, peuvent entraîner un état de stress aigu, et plus rarement un état de stress post-traumatique. Au Pays-Bas, où environ un tiers des femmes accouchent au domicile contre moins de 1% en France, l'incidence du blues et de la dépression n'est pas modifiée par le lieu d'accouchement. (J. DAYAN, 2008, p29-30)

6. Evolution et conséquences :

6.1. Sur le couple et l'entourage :

Tant l'entourage idéalise le fait d'être mère, certaines femmes perçoivent douloureusement l'absence d'intérêt éprouvé pour le bébé, mais souvent n'osent pas s'en plaindre, réciproquement, le comportement de leur bébé, peut accroître leur inquiétude : interprétant à l'égal d'un rejet le bébé qui se détourne d'elles, elles sont confrontées dans l'idée qu'elles sont de mauvaises mères. Un cercle vicieux qui influence leur vie de couple, voir même la haine envers leurs conjoints en les voyant responsables de leur souffrance, ce qui alimente le sentiment de mésestime d'elles-mêmes : renforcer leur attitude de repli et/ou leur agressivité.

6.2. Sur la mère :

Une des particularités sémiologiques de la dépression post-partum est de pouvoir se manifester directement à travers son attitude vis-à-vis de son bébé plus précisément. La mère étant plus irritable, elle est souvent plus intrusive, quelquefois brutale, parfois au contraire asthénique et aboulique ; elle stimule insuffisamment le nourrisson, apporte peu d'émotions gratifiantes, peut se montrer négligente. Le risque de maltraitance ne semble pas augmenté en cas de dépression post-partum non psychotique isolée. En revanche, le style interactif des mères avec leur bébé est susceptible d'être profondément modifié par la dépression. Dans les dépressions d'intensité sévère, une décharge agressive survient dans un climat de rancune et culpabilité et l'agressivité serait surtout verbale. La mère se sent fatiguée, dévalorisée et une culpabilité excessive ou inappropriée conduisant à un risque rare mais grave d'infanticide ou de suicide maternel.

6.3. Sur l'enfant :

Un protocole expérimental démontre l'effet désorganisateur sur le bébé du visage immobile de la mère, obtenu sur injonction. En moins de 3 minutes, après des tentatives réitérées d'induire l'interaction visuelle, l'enfant se replie sur lui-même, détourne les yeux, montre une expression fermée du visage puis son corps s'affaisse. Les comportements de détresse du bébé persistent un temps après le retour à la normale du comportement maternel. La dépression ne provoque une dysharmonie franche que lorsque le comportement maternel est incohérent, forçant le bébé à des réactions de retrait, soit actif (détournement du regard ou

de la tête, hypertonie), soit passif (fuite dans le sommeil, hypotonie) par conséquent, le risque de rejet de l'enfant par sa mère, peut nuire au développement cognitif et affectif de l'enfant avec des conséquences à long terme (problèmes scolaires, difficultés relationnelles, voir même, développement d'une pathologie psychiatrique. (J. DAYAN, 2008, p33-34)

6.4. Prise en charge :

6.4.1. Conduites thérapeutiques dans les dépressions du post-partum :

À la suite des anglo-saxons et en France, des travaux ont à préconiser l'introduction de l'enfant dans le champ thérapeutique et la non séparation de l'enfant avec sa mère afin de leur permettre à tous deux de développer des liens les plus sains et le plus rapidement possible. Lorsque les capacités maternelles sont particulièrement détaillantes, une hospitalisation mère-bébé peut permettre de prendre le temps pour évaluer la situation et/ou préparer une séparation ou une prise en charge aménagée de l'enfant, sans urgence.

6.4.2. Prise en charge institutionnelle :

Lorsque la mère présente une pathologie psychiatrique lourde, la prise en charge institutionnelle de la mère et du bébé repose sur un traitement médicamenteux et les soins des interactions. Ce sont surtout les interactions comportementales qui sont visées, les interactions affectives étant plutôt prises en compte dans le cadre d'un travail psychothérapeutique mère-bébé.

6.4.3 Traitements médicamenteux :

a. Le traitement de l'état dépressif, associe :

- Chimiothérapie (antidépresseurs et anxiolytiques).
- Psychothérapie mère-bébé.
- Soutien psychosocial dans le cadre d'un travail en réseau entre les services de maternité, les services sociaux, les services secteurs de psychiatrie (enfant et adultes).
- Hospitalisation en milieu spécialisé si nécessaire et si possible en hospitalisation conjointe.

La prescription de neuroleptiques et antidépresseurs doit tenir en compte de l'allure et de l'évolution clinique de la pathologie de la mère mais aussi de l'évolution de ses relations avec son bébé.

L'allaitement se discute alors puisque ces traitements passent pour la plupart dans le lait maternel. Avec le lithium. Il est recommandé de donner les tétées justes avant la prise médicamenteuse pour éviter au nourrisson d'être exposé au pic sérique.

La disparition du délire maternel ne signifie pas l'arrêt des soins et du suivi. Un encadrement vigilant doit être maintenu pendant les mois suivants auprès de la mère et de son enfant.

Ces situations nécessitent une bonne coordination entre obstétriciens, psychiatres, famille ou de la patiente, travailleurs sociaux...etc.

b. Travail psychothérapeutique :

À considérer d'un point de vue préventif mais aussi curatif.

- Travailler sur la relation qui unit la mère et l'enfant lorsque l'enfant ne présente pas de trouble spécifique.
- De par son action sur les modalités interactives, la psychothérapie maternelle aura un rôle préventif pour l'enfant.
- Le travail autour inclut le père et s'appuie sur lui, lorsque cela est possible.
(A.D.GRILLAT, D.SIBERTIN-BLANC, 2008, p31-33)

Conclusion :

Enfin, une mère en souffrance demande rarement de l'aide, car elle a souvent le sentiment d'être une mauvaise mère. L'entourage et les professionnels de santé intervenant auprès de la mère et du bébé, doivent être particulièrement vigilants pour détecter les signes des troubles dépressifs, car si la prise en charge est faite précocement, la pathologie peut être traitée efficacement, en limitant les conséquences pour tous les membres de la famille.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule :

Pour réaliser une recherche, il faut se baser sur la méthodologie bien déterminée, mais aussi avoir un terrain de recherche ainsi que la population d'étude et des outils d'investigations, avant de fréquenter le terrain d'étude, il faut d'abord faire une pré-enquête, qui nous permettra de recueillir le maximum d'informations vis-à-vis notre thème qu'est la dépression post-partum primipare, afin de construire notre hypothèse. Dans ce présent chapitre nous allons présenter la méthode sur laquelle nous avons élaboré notre recherche.

1. La démarche de la recherche :**1.1. La pré-enquête :**

La pré-enquête se fait par le biais de l'observation préliminaires des faits afin de recueillir le maximum d'information, qui permette le déroulement de l'enquête. Elle est une phase de déchiffrement, d'investigation, préliminaire de reconnaissance, dont le but essentiel est d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valide, fiable, renseignées, argumentées et justifiées. Elle est de fixer en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses. (Aktouf.1995)

Durant notre recherche sur la dépression post-partum chez les mères primipare, la pré-enquête nous a permis d'établir un bon contact avec ses mères et de gagner leur confiance. Ses dernières qui ont donné leur consentement pour partager leur souffrance psychique et leur préoccupation quotidienne concernant cette dépression.

Au début on s'est renseigné sur les différentes maternités existantes à Bejaia, on s'est présenté à la maternité de CHU de Targua Ouzemour pour vérifier si nous pouvons trouver notre groupe d'étude afin de confirmer sur leur participation et leurs accords.

Premièrement, on a appliqué la consigne de l'échelle de dépression de Beck et quelques questions de guide de l'entretien, on a utilisé un entretien semi-directif ainsi on a constaté que ces outils ont été clarifiés et faciles pour l'application, et après cela on a sélectionné 4 cas avec lesquels nous pouvons travailler, les résultats après les essais nous ont confirmé que ce test est efficace pour effectuer notre recherche.

2. Les méthodes utilisées :

2.1. La méthode de recherche :

C'est la méthode la plus ordinaire en étude empirique clinique vise à donner une description de toutes les personnes pathologiques ou normaux, de leurs situations et de ses problèmes, appréhender et comprendre le fonctionnement psychologique à travers l'anamnèse, à fin d'éclaircir l'origine et le développement des causes et les genèses des problèmes.

La méthode de recherche utilisée l'entretien, les tests projectifs, les échelles d'évaluations, pour développer l'étude de cas ; elle permet l'observation bien approfondie, savoir comprendre le sujet dans sa totalité ou sa singularité, en situation et en évolution, ses conflits psychologiques et surtout sa dynamique de motivation personnel.

Il s'agit pour le psychologue, de comprendre un sujet dans sa propre langue, dans son propre sphère et on prend en considération son histoire. Et on arrive à ce qu'on appelé « étude de cas ». (Khadija.Ch, Hervé.B, 2005, p11-12).

2.2. Etude de cas :

Le cas unique ou étude de cas à une valeur scientifique. La méthode clinique qui organise et met en forme l'observation sur laquelle elle se fonde obéit à des règles strictes. Elle permet de tenir compte de variables individuelles et de comprendre divers types de fonctionnement dont la singularité constitue un apport considérable à la connaissance de la vie psychique. La méthode de cas est appropriée pour étudier de façon approfondie des situations cliniques isolées, rares, qu'aucune méthode statistique ne peut permettre d'appréhender. Enfin, l'étude de cas singuliers est souvent l'occasion de découvertes et d'innovations, contient une dimension prospective, pour but d'apporter des preuves, donc de confirmer des résultats déjà connus, et proposer des hypothèses. (Serban. L, Alain. B, 2009, p53).

3. Le groupe de recherche et ses caractéristiques :

Groupe de recherche	Abréviation du prénom	Âge	Niveau d'étude	Type de dépression
Cas (1)	« S »	32	Moyen	sévère
Cas (2)	« S »	29	Moyen	sévère
Cas (3)	« M »	25	Universitaire	sévère
Cas (4)	« N »	22	Universitaire	sévère

Tableau n°1 : Les caractéristiques du groupe de recherche

3.1. Critères homogènes :

1. Tous les cas de notre population d'études sont du sexe féminin.
2. Toutes les femmes sont à l'âge adulte.
3. Toutes les femmes sont mariées.

3.2. Critères non pertinent :

1. Les femmes qui refusent de participer à la recherche ne sont pas intégrées.
2. Leur niveau socioculturel est dissemblable entre les cas, ce phénomène se propage chez toutes les classes sociales.
3. Les femmes qui ne subissent pas une dépression post-partum ne sont pas intégrées dans notre recherche.

4. Présentation de lieu du stage :

4.1. Présentation de l'organisme d'accueil n° 1:

La structure de l'hôpital mère et enfant de Bejaia est a l'origine d'une structure de la CNAS, versée a la santé et qui a été réaménagée en clinique mère et enfant qui faisait partie de structure sanitaire de Bejaia en 1991.

Le décrit exécutif N° 07/140 du 2 Joumada el oula 1428 correspondant au 19 mais 2017, modifier et compléter, portant création, organisation et fonctionnement des

établissements publiques hospitalière et des établissements publique de santé de proximité a permet de mettre en place en 2008 l'EHS est née.

Le centre gynéco obstétrique de Targua Ouzemour est le seul établissement public que la wilaya de Bejaia dispose. Ce type de structure ainsi que les CHU sont destinée pour les soins de « niveau A » qui sont des soins hautement spécialisés. Ce centre gynéco obstétrique joue un rôle soit régional soit national.

4.1.1. Les services de l'organisme d'accueil :

Ses services sont : maternité, gynécologie obstétrique et néonatalogie.

a. Maternité :

- **Présentation :**
 - Médecin chef de service : Dr IHARKOUKEN LAALDJA gynécologie.
 - Capacité litières : 38lits
 - Personnels médicale : 05 gynécologues +02 Généralistes.
 - Nombre d'unité : 03.
 - Date de création : 1990.
- **Localisation :**
 - Hôpital de targua Ouzemour 1^{er} étage.
- **Activité principale :**
 - GHR/.../post-partum.
- **Contenu :**
 - Visite médicale et consultation.
 - Perspective du service.
- **Les objectives de développement sont nombreuse avec comme objectifs principaux :**
 - L'extension de service (augmenter le nombre de lit d'hospitalisation).
 - La réparation en deux vraies unités : femme.
 - Avoir notre bloc opératoire.
 - Introduire de nouvelle technique opératoire qui sont liée directement a l'amélioration du plateau technique existant.
 - Faires des formations de perfectionnement pour les médecins de service.

- Avoir son rôle de service formateur avec accueil des résidents, étudiant en médecine ainsi que les élèves infirmières.

b. Gynécologie obstétrique :**• Présentation :**

- Médecin chef de service : Dr B.BELLOUZE Gynécologue
- Capacité litière : 41 lits
- Médecin généraliste : 07
- Médecin spécialiste : 04
- Hospitalo-universitaire : 04
- Personnels paramédical : 47
- Nombre d'unité : 02 unités
- Date de création : 1990

• Localisation :

- Clinique mère et enfant de Targua Ouzemour
- Activité principale
- Urgences Gynécologiques et Obstétricales
- Grossesse a haut risque
- Accouchement 10 000 act/an
- Chirurgie Gynécologique
- Pathologie bénigne des ovaires de l'utérus, chirurgie de prolapsus
- Chirurgie Cancérologique et Gynécologique
- Chirurgie cancer de sein

• Perspective du service :

- Développer la chirurgie endoscopique, coelioscopique

c. Néonatalogie :**• Présentation :**

- Médecin chef de service : Dr F.MALLA
- Capacité litière : 18 NNES
- Médecins généralistes : 03
- Médecin spécialiste : 01
- Hospitalo-universitaire : 01

- Personnel paramédicale : 11
- Nombre d'unité : 01
- Date de création : 12/06/2002
- Localisation hôpital Targua Ouzemour (clinique mère enfant)
- **Activité principale :**
 - Réanimation de nouveau-né
 - Soins intensifs
 - Soins de néonatalogie
 - Nursings
 - Urgences
 - Hôpital de jour (en observation)
- **Perspective de service :**
 - Ouvrir la nouvelle structure mère enfant en urgence
 - Visite poste natale
 - Pris en charge des nés mis en observation dans la nurserie.

4.2. Présentation de l'organisme d'accueil n° 2 :

« Cabinet de psychologue clinicien BOURAI Karim » :

- **Présentation :** Le cabinet, dispose du bureau du psychologue, deux salles d'attentes hommes et femmes, des sanitaires. La prise en charge est pour toutes catégorie d'âge : enfants, adolescents et adultes pour thérapie individuelle, couple et familiale en introduisant dans son travail de psychothérapeute des tests et des bilans psychologique ainsi que de différentes psychothérapie telles que la relaxation, la méditation, la sophrologie, l'EMDR, EFT et autres.
- **Localisation :** RUE Des Aurès (Citée DAOUADJI, près du rond point DAOUADJI)

5. les outils de la recherche :

Dans notre recherche on s'est basé sur deux techniques, le guide d'entretien et l'échelle de dépression de Beck.

5.1. L'entretien clinique :

L'entretien peut définir dans un premier temps, ainsi que le propose le Petit Rober, simplement comme l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. L'entretien est synonyme de conversation, discussions ou dialogue.

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il paraît donc comme un outil irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés.

La manière de mener un entretien s'appuie sur des règles techniques (non directivité, semi-directivité) et sur une certaine attitude (attitude clinique) adoptée par le psychologue clinicien : on peut dire que les aspects techniques (non directivité ou semi-directivité) et l'attitude clinique du clinicien, et cela quelles que soient la modalité et les conditions de l'entretien. (Hervé. B, Khadija. Ch, 2013, p.11-12).

5.2. L'entretien semi-directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple.

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le

laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Hervé. B, Khadija. Ch, 2013.p16).

5.3. Le guide d entretien :

5.3.1. Présentation de guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d entretien plus ou moins structuré : il s'agit d un « ensemble organiser de fonctions, d'opérateur et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview.

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avancé. Celle –ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée, et le clinicien veille à ce que la formation ne soit pas inductive.

Le guide d entretien comprend aussi les axes thématique à traiter : le clinicien chercheur prépare quelque question à l'avance, toute fois celle-ci ne sont pas posée de manière directive ; il s'agit davantage de thème à aborder que le chercheur connaît bien.

Donc il s agit d'un ensemble de question regroupées en trois axes principaux, le premier axe concerne les informations sur l'enfant et sa pathologie, le deuxième axe est consacré à l'impacte de la pathologie sur les mamans et la famille. En fin dans le troisième axe, on va aborder la dépression chez ces mères après leur accouchement.

5.3.2. Passation de l'entretien :

La première étape, on a effectué un entretien préliminaire avec les femmes dépressives, après avoir donner une explication sur le travail que nous aurons à faire ensemble, et par conséquent on a eu un accord oral pour la participation dans notre recherche.

Dans la deuxième partie, avant de procéder à l'entretien on à présenté le formulaire de consentement à la femme dépressive pour avoir leur accueil d'une façon officielle et légale après avoir eu l'accord oral dans l'étape précédente. Puis on utilisé notre entretien de type semi-directif, axés sur des thèmes précis. Les questions destinées aux femmes dépressives portent sur leur vécu, leurs milieux familiaux avant et après sa dépression. En plus en présente le test qu'on va appliquer.

Ensuite la collecte des données et la passation des entretiens semi-directifs avec des femmes dépressives dans le but de préparer le test et aussi de recueillir des données sur la dépression.

La durée des entretiens était de 30 à 40 minutes, pour la passation des entretiens on base sur un guide d'entretien qui se constitue par quatre axe ; les informations personnelle, le vécu de la femme, le vécu au sein de la vie conjugale, la réaction vis-à-vis de sa dépression.

5.4. L'échelle d'Aron de Beck :

C'est un deuxième outil de travail dans notre recherche.

5.4.1. L'inventaire de dépression de Beck :

Un test est une procédure systématique pour observer le comportement d'un sujet et le décrire à l'aide d'une échelle numérique ou d'un système de classification.

5.4.2. Un aperçu de la vie de Beck :

Aaron Temkin Beck né aux états unis le 18 juillet 1921. Ses parents sont des émigrés ukrainiens venus s'installer aux Etat Unis à l'âge de 16 et 17 ans. Sa mère, Elisabeth Temkin, est une femme juive orthodoxe très pratiquante. Son père, Harry Beck, est quant à lui athée aux idées plutôt socialistes.

Aaron s'intéresse aux sciences dès sa jeunesse, ainsi qu'à la psychanalyse, dans les années 1950, c'est en asseyant de traiter des patients déprimés par la psychanalyse qu'il sera amené à remettre en question le bien-fondé des hypothèses freudiennes qui étaient jusqu'alors en vigueur dans le milieu médical. Par une approche précise et rigoureuse, et par l'objectivité de son analyse, il sera amené à démanteler tout l'édifice des hypothèses de la psychanalyse concernant la question de la dépression et de l'anxiété. Ses conclusion font grand bruit et sont alors généralement très mal perçues par ses collègues psychanalystes.

Aaron Beck ne s'engagera jamais dans les polémiques avec le monde de la psychanalyse. En revanche, il emploiera son temps avec son équipe, à élaborer un nouveau modèle du fonctionnement et le dysfonctionnement du psychisme humain, en travaillant au quotidien avec un très grand nombre de patients.

Aaron Beck a employé ces dernières années à étudier la problématique de la violence avas sa fille Judith, qui est une proche collaboratrice.

5.4.3. Rappel historique :

Le test de dépression ou l'inventaire de dépression de Beck a été publié pour la première fois en 1961 par le psychiatre Aaron T. Beck et révisé en 1996 pour tenir compte notamment des critères diagnostiques actuels de la dépression. L'utilisation de ce test est répandue dans la recherche et la pratique médicales et psychologiques.

5.4.4. Définition de test de Beck :

Beck Dépression Inventaire (BDI) est une série de questions élaborées pour mesurer l'intensité, la gravité et la profondeur de la dépression chez les patients avec des diagnostics psychiatriques. Sa forme longue est composée de 21 questions, dont chacune est conçue pour évaluer le symptôme fréquent chez les personnes souffrant de dépression. Un court formulaire est composé de sept questions et est conçu pour l'administration par les prestataires de soins primaires. Aaron T. Beck est un pionnier de la thérapie cognitive.

5.4.5. Mode de passation :

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions lui conviennent.

5.4.6. Temps de passation :

En générale 5 à 10 minutes suffisent pour compléter le protocole. Des patients souffrant d'une dépression sévère ou de trouble obsessionnels peuvent prendre plus du temps. L'échelle a été appliquée sur cinq cas nullipares après les entretiens préliminaires qui ont duré une à deux séances.

5.4.7. Cotation de l'échelle :

Chaque item est constitué de quatre (4) phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant le score des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé(59).

5.4.8. Intérêt et limites :

Il permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer :

Note totale	Niveau
0-11	Minimum
12-19	Léger
20-27	Modérés
28-63	Sévère

Tableau n°2 : Niveau de dépression

Conclusion :

Ce chapitre nous a permis de comprendre le déroulement de la démarche clinique, et de connaître l'importance de l'étude de cas, ainsi que l'utilisation des techniques à suivre telle que l'échelle de dépression de Beck.

Chapitre IV

**Présentation, analyse et
discussion des résultats**

1. Présentation et analyse de l'entretien :

1.1. Présentation du cas n°1 (Mme Sara) :

AXE n°1 : Renseignements personnel

Il s'agit de madame SARA âgée de 32ans, femme au foyer (sans profession), son niveau d'instruction est moyen, mariée depuis 2ans, elle a un seul enfant.

Lors de notre entretien avec madame SARA avait l'air très agitée et épuisée, mais elle a répondu à toutes nos questions avec enthousiasme.

AXE n°2 : Les informations concernant le vécu de la grossesse

SARA raconte que sa grossesse était programmée et désirer, elle n'avait aucun problème avec son époux pour sa nouvelle, mais au contraire était heureux d'avoir son premier enfant, ainsi que sa belle famille accueille chaleureusement sa nouvelle, dit que : « mon marié était heureux et hâte de voir notre bébé »

La grossesse de madame Sara était normale rien de spéciale, mais elle a vécu une forte intense émotionnelle à cause de l'emprisonnement de son marié, elle dit que : « l'emprisonnement de mon marié m'a bouleversée, mon humeur est devenu instable surtout avec l'attente de son jugement, c'était insupportable malgré mon entourage et ma famille m'ont beaucoup soutenu, mais je n'ai pas pu dégrée la situation. Madame SARA n'a aucune souffrance d'une maladie pendant sa grossesse.

AXE n°3 : Les informations concernant le vécu de l'accouchement et après l'accouchement (post-partum)

Madame SARA a souhaité d'accoucher par césarienne, car elle a une idée négative sur l'accouchement, elle a avoué : « j'ai toujours peur de l'accouchement, une image négative que j'ai retenue de la part des femmes qui sont passées de ça »

Madame SARA a vécu le moment de son accouchement avec une immense tristesse, elle dit que : « la chose qui m'a marquée c'est la fatigue morale et une immense tristesse car mon marié n'était pas là, et j'ai senti son vide et son soutien ».

Madame SARA a refusée totalement de voir son bébé, mais après l'accueille des sages femmes qui était chaleureux et positive pour elle, l'a aidée pour changer son avis, elle raconte : « au début, j'ai refusée de voir mon bébé, mais les sages femmes m'ont beaucoup aidée, et le premier contacte était difficile pour moi, vu l'absence de mon marié, et j'ai beaucoup pleuré au premier contacte avec mon bébé ».

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

AXE n°4 : Les informations concernant les signes dépressifs de post-partum

Madame SARA après son accouchement avait développée des symptômes de tristesse ; fatiguées ; délires ; trouble de sommeil, elle a dit que : « après mon accouchement je n'arrive pas à dormir, mon comportement à changer, j'étais toujours sociable, mais après mon accouchement je m'isole et la présence des gens me stresse ».

Ce qui concerne la relation avec son bébé SARA a avouée que sa relation est négative et elle ne le supporte pas.

Madame SARA avait des idées suicidaires et des idées récurrentes de la mort, se culpabilise, elle dit que : « après mon accouchement la situation est difficile pour moi et voulais de mettre fin a ma vie vu l'emprisonnement de mon marié.

Madame SARA considère son bébé comme une charge qui lui fatigue et provoque le stresse, elle a avouée qu'elle désire encore d'enfanter, mais de cette manière.

1.1.1. Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°1 :

N° de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable
02	Pessimisme	2	Pour mon avenir, je n'en ai aucun motif d'espérer
03	Echec dans le passé	2	Quand je pense à mon passé je constate un grand nombre d'échec
04	Perte de plaisir	2	Je n'éprouve pas autant de plaisir qui me plaisaient habituellement
05	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire
06	Sentiment d'être puni (e)	1	Je sens que je pourrais être puni (e)
07	Sentiment négatifs envers soi-même	2	Je suis déçu (e) par moi-même

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

08	Attitude critique envers soi-même	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
09	Penser ou désir de suicider	3	Je me suiciderais si l'occasion se présenter
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose
11	Agitation	2	Je suis si agité (e) ou tendu (e) que j'ai du mal à rester tranquille
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que se soit
13	Indécision	3	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision
14	Dévalorisation	3	Je sens que je ne vauz absolument rien
15	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant
16	Modification dans les habitudes de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plus tant et je suis incapable de me rendormir
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable
18	Modification de l'appétit	3 a	Je n'en ai pas d'appétit du tout
19	Difficulté à se concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi ce soit
20	Fatigue	3	Je suis trop fatigue (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
Le score total		47	Dépression sévère

Tableau n°3 : Présentation des résultats du cas n°1

1.1.2. Analyse de l'échelle du cas n°1 :

Lors de la passation de l'échelle de dépression de Beck BDI-II, on a remarqué que SARA n'a pas pris beaucoup de temps pour répondre aux questions de l'échelle, si on s'est référé aux résultats obtenus on constate que SARA manifeste une dépression sévère avec un score de 47 sur les notes de seuil de BDI de Beck qui est entre (28-63).

L'analyse de résultats de l'échelle de Beck révèle que SARA a obtenu (5) réponses de degré (1) dans les items suivants : sentiment de culpabilité ; sentiment d'être punie ; attitude critique envers soi-même ; perte d'énergie ; perte d'intérêt pour le sexe. Elle a ainsi obtenu (6) réponses de degré (2) dans les items suivants : pessimisme ; échec dans le passé ; perte de plaisir ; sentiments négatifs envers soi-même ; pleurs ; agitation.

Enfin le score qui contient (9) réponses de degré (3) sont les items suivants : tristesse ; penser ou désir de suicider ; perte d'intérêt ; indécision ; dévalorisation ; irritabilité ; modification de l'appétit ; difficulté à se concentrer. Et (1) réponse de degré (3b) de l'item de modification dans les habitudes de sommeil.

1.1.3. Synthèse du cas n°1 de (Mme Sara) :

D'après l'analyse de l'entretien on a constaté que madame SARA développe une dépression de post-partum qui déclenchée une forte émotion à cause de l'emprisonnement de son marié qui a engendré la difficulté mère-bébé.

Selon l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck que madame SARA souffert d'une dépression sévère accompagnée par des différents symptômes tels que la tristesse ; des penser ou désire de suicider ; l'irritabilité ; modifications dans les habitudes de sommeil.

1.2. Présentation du cas n°2 : (Mme Siham)

AXE n°1 : Renseignement personnel

Il s'agit de madame SIHAME âgée de 29ans, sa profession est secrétaire d'une entreprise, son niveau d'instruction est moyen CEM 9^{ème} année, elle s'est tombée enceinte après 2 ans de son mariage.

Après l'observation qu'on a eue avec madame SIHAM on a constaté qu'elle été triste, elle a considéré cet entretien comme occasion pour s'exprimer, elle nous a répondu a toutes les questions qu'on a lui posé.

AXE n°2 : Les informations concernant le vécu de la grossesse

La grossesse de madame SIHAM était désirée ainsi que pour son marié, elle dit que : « j'ai toujours voulu devenir une mère, moi et mon mari, nous étions heureux de cette nouvelle, malgré le rejet de ma belle famille vu les problèmes que j'ai avec ma belle mère tout ça m'a touchée énormément ».

Durant la période de la grossesse de madame SIHAM a été toujours triste à causes des conflits avec sa belle-mère, qui a engendré des fortes émotions, elle raconte que : « pendant ma grossesse j'étais toujours stressé vu l'accumulation des problèmes nous avons quitté la maison pour louer ailleurs ».

Madame SIHAM n'a aucun problème de santé durant sa grossesse, mais son humeur été changé qui se manifeste par la tristesse et la nervosité.

AXE n°3 : Les informations concernant le vécu de l'accouchement et après l'accouchement (post-partum)

Madame SIHAM déclare qu'elle a peur des opérations et elle préfère l'accouchement par vois basse. Elle révèle que : « j'ai toujours imaginé que mon accouchement ça sera par une voie basse, et finalement est passé normal ».

Madame SIHAM n'a pas demandé de voir son bébé, et le contacte avec se dernier était fugitif, et ce qui concerne l'accueille des sages-femmes madame SIHAM a dit qu'elles étaient bien avec elle, mais toujours elle ressent un malaise, elle raconte que : « après mon accouchement j'en ai pas demandé de voir mon bébé, mais les sages femmes l'ont amené pour le premier contact, qui était fugitif ».

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

AXE n°4 : Les informations concernant les signes dépressifs du post-partum :

L'accouchement de madame SIHAME s'est déroulé normalement, mais après l'accouchement elle s'est sentie stressée et elle préférerait être seule et elle mangeait moins qu'avant. Son humeur après l'accouchement est changée, elle est devenue triste et elle pleurait tout le temps malgré le soutien de son mari elle raconte : « quand je regarde mon mari heureux à l'arrivée de ce bébé je demande pour quoi il se comporte ainsi moi je n'arrête pas de pleurer je me sens que y a une charge sur mon dos et ça a causé une perturbation entre moi et mon mari ».

D'après ses dires elle n'a pas des idées négatives ni des désirs suicidaire, mais elle se culpabilise de donner la naissance à son bébé elle dit : « je pense pas à la mort ni à me suicider mais je suis gravement fatigué et stressé je pense à ce bébé pour quoi je l'ai mis au monde, comme ça va bouleversé ma vie et la rendre plus difficile je dois maintenant penser à son avenir et à tout ses besoins et nous on a même pas notre propre maison comme tout les autres couple , je regrette faire ça et je le ferais jamais une autre fois ».

1.2.1. Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°2 :

N° de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est pas supportable
02	Pessimisme	2	Pour mon avenir, je n'en ai aucun motif d'espérer
03	Echec dans le passé	2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec.
04	Perte de plaisir	2	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qui me plaisent habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	3	Je me sens tout le temps coupable
06	Sentiment d'être puni (e)	2	Je m'attends à puni(e)
07	Sentiment négatifs envers soi-même	2	Je suis déçue par moi-même
08	Attitude critique envers soi-même	2	Je me reproche tous mes défauts

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

09	Penser ou désir de suicider	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.
11	Agitation	1	Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	2	Je m'intéresse presque plus aux gens et chose.
13	Indécision	3	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.
14	Dévalorisation	3	Je me sens que je ne vauds absolument rien.
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai assez d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modification dans les habitudes de sommeil	3 a	Je dors presque toute la journée.
17	Irritabilité	2	Je suis plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	3 a	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	Fatigue	3	Je suis trop fatiguée 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.
Le score total		48	Dépression sévère

Tableau n°4 : Présentation des résultats du cas n°2

1.2.2. Analyse de l'échelle du cas n°2 :

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck BDI, SIHAM a mis 10 minutes pour le remplir.

Les résultats obtenus par l'échelle montrent que SIHAM manifeste une dépression sévère selon le manuel de BDI de BECK, d'un score de 48, selon le seuil de BDI de BECK qui est entre (28-63).

L'analyse des résultats de l'échelle révèle que SIHAM a (2) de degré (1) dans les items suivants : agitation ; penser ou désir de suicidaire, et (11) réponses de degré (2) dans les items suivants : pessimisme ; échec dans le passé ; perte de plaisir ; sentiment d'être puni(e) ;

sentiment négative envers soi-même ; attitude critique envers soi même ; pleur ; perte d'intérêt ; perte d'énergie ; irritabilité ; difficulté à se concentré.

Et (6) réponse de degré (3) dans les items suivants : perte d'intérêt pour le sexe; fatigue; dévalorisation; indécision; sentiment de culpabilité; tristesse de sommeil; modification de l'appétit.

1.2.3. Synthèse de cas n°2 de (Mme Siham) :

D'après l'analyse de l'entretien on a constaté que madame SIHAM développe une dépression de post-partum qui déclenchait une forte émotion à cause des problèmes de sa belle-famille et louer une maison qui a engendré des difficultés financières.

Selon l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck que madame SIHAM souffert d'une dépression sévère accompagner par des déférents symptômes tels que la tristesse ; la fatigue ; sentiment de culpabilité, perte d'intérêt pour le sexe ; dévalorisation...

1.3. Présentation du cas n° 3 : (Mme Malika)

Axe n°1 : Renseignements personnels :

Il s'agit de Mme Malika, âgée de 25 ans, universitaire et actuellement elle dirige une entreprise de famille, son apparence détermine son appartenance à une classe sociale et famille aisée et instruite. Notre entretien avec elle s'est déroulé dans de très bonnes conditions, elle était prête à nous confier les raisons de sa souffrance.

Axe n°2 : Les informations concernant le vécu de la grossesse :

Mme Malika nous a informé que sa grossesse était désirée et même du côté de son mari et de sa famille qui ont accueilli cette nouvelle avec joie et bonheur, mais appart l'inquiétude de son mari pour son instabilité financière mais cela n'a pas influencé son désir d'avoir un enfant en étant impatient de le prendre dans ses bras.

Mme Malika a dit qu'elle a vécu les moments de sa grossesse très normalement et qu'elle se sentait seulement lourde et fatiguée vu qu'elle rentre tard du travail.

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Axe n°3 : Les informations concernant l'accouchement et après l'accouchement (post-partum) :

Mme Malika nous avoué qu'elle préférerait accoucher par voie basse en disant : « oui, je désirais accoucher par voie basse ! Il n'y a pas mieux que l'accouchement naturel ! Il est bénéfique pour moi et pour l'enfant et quant aux douleurs de maternité, je voulais vraiment vivre ce moment et ressentir cette douleur dont toutes les femmes en parlent souvent ».

Après l'accouchement, Mme Malika était impatiente de voir son enfant mais sa joie n'a pas duré longtemps disant qu'elle était effrayée : mon bébé est « moche » et qu'elle présentait une forte inquiétude et crainte pensant que c'est un handicapé ! Elle disait : j'avais peur qu'il soit handicapé ! Une idée qui m'est venu en tête ; je ne sais pas pourquoi ?

D'après Mme Malika, ce mal être émotionnel dont elle souffrait l'a clairement vécu juste après avoir accouché en voyant un bébé qui lui semblait bizarre et l'idée de son handicap entravait son esprit. Ce ressenti a marqué son parcours et plus précisément après trois semaines de son accouchement.

Axe n°4 : Les informations concernant les signes dépressifs du post-partum :

Mme Malika présentait des signes de déprime et de fatigue émotionnelle après son accouchement au point où elle voyait le monde bizarre, l'idée du handicap de son enfant persistait et bouleversait sa vie, ce qui influencé son humeur en nous affirmant : « j'étais tout le temps stressée, inquiétée, terriblement triste et même nerveuse ».

Mme Malika vivait dans l'illusion que son enfant est handicapé et qu'elle finira par mettre fin à ses jours en disant : « mon enfant est handicapé, il va mourir et je vais me suicider ».

Mme Malika présentait une immense inquiétude pour son enfant et qu'elle a laissé un enfant au monde qui va souffrir tout au long de sa vie.

L'enfant déterminait son inquiétude. Mme Malika nous a confirmé qu'elle ne veut plus d'enfants vu ce qu'elle endurait et que sa souffrance se limitera à cet enfant.

1.3.1. Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°3 :

N° de l'item	Items	cotation	Expression
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.
02	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer.
03	Échec dans le passé	2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
04	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisent habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plus part du temps.
06	Sentiment d'être punie	2	Je m'attends à être punie.
07	Sentiments négatifs envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
08	Attitude critique envers soi	2	Je me reproche tous mes défauts.
09	Pensée ou désir de suicide	3	Je me suiciderai si l'occasion se présente.
10	pleurs	2	Je pleure pour les moindres petites choses.
11	Agitation	2	Je suis si agitée que j'ai du mal à rester tranquille.
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.
13	indécision	3	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.
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 dans les habitudes de sommeil	3	Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable.
18	Modification de l'appétit	2	Je n'ai pas d'appétit.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	3	Je suis trop fatiguée pour faire la plus part des choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe		J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Le score total		50	Dépression sévère

Tableau n°5 : Présentation des résultats du cas n°3

1.3.2. L'analyse de l'échelle du cas n°3 :

Lors de la passation de l'échelle de dépression de Beck, on a remarqué que Mme Malika répondait sur aux propositions de l'échelle sans aucune hésitation en étant consciente de sa souffrance, et si on se réfère aux résultats obtenus, on constate que Mme Malika souffre d'une dépression sévère avec un score de 50 sur les notes de seuil de BDI de Beck qui est entre (28-63).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck démontre que Mme Malika a obtenu (9) réponses de degrés de (3) des items suivants : Tristesse, pessimisme, pensée ou désir de se suicider, perte d'intérêt, perte d'énergie, modifications dans les habitudes de sommeil, irritabilité, fatigue et perte d'intérêt pour le sexe. Aussi, elle a obtenu (10) réponses de degrés de (2) des items suivants : Échec dans le passé, perte de plaisir, sentiment de culpabilité, sentiment d'être punie, attitude critique envers soi-même,

Peurs, agitations, indécision, dévalorisation, modification de l'appétit, difficulté à se concentrer. Et enfin (1) réponse de degrés de (7) de l'item suivant : sentiments négatifs envers soi-même.

1.3.3. Synthèse du cas n°3 : (Mme Malika)

D'après l'analyse de l'entretien ; vu l'intensité d'inquiétude de Mme Malika, sa déprime et sa tristesse persistante pour l'idée du handicap de son enfant après l'avoir accouché, au point où vouloir mettre fin à ses jours, on constate que Mme Malika souffre vraiment d'une dépression post-partum.

Selon l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck, on confirme que Mme Malika souffre d'une dépression sévère vu les différents symptômes dépressifs cités précédemment dont souffre cette dame. (Mme Malika).

1.4. Présentation du cas n° 4 : (Mme Naima)

Axe n° 1 : Renseignements personnels :

Il s'agit de Mme Naima, âgée de 22 ans, étudiante universitaire, une femme très élégante et douce, mariée depuis deux ans. Notre entretien avec s'est déroulé très aimablement, sa douceur masquait une profonde douleur interne.

Axe n° 2 : Les informations concernant le vécu de la grossesse :

Mme Naima, a dit que sa grossesse est désirée, et que son entourage et époux ont accueilli cette nouvelle avec joie et bonheur. Mme Naima nous a annoncé la nouvelle du décès de son père durant cette période, ce qui a dégradé son état de santé en disant :

« J'avais de fortes migraines ». Son mari l'a conseillé d'aller voir un neurologue et la surprise était qu'elle présentait un début d'épilepsie partielle.

La découverte de sa maladie a profondément perturbé son humeur, disant : « j'étais fatiguée mais surtout obsessionnelle à la peur de tomber à cause de sa maladie d'épilepsie ». Mme Naima avait une relation très avec ses proches, surtout, la présence de son mari et sa mère qui la soutenait tout au long de sa grossesse.

Axe n° 3 : Les informations concernant le vécu de l'accouchement et après l'accouchement : (post-partum)

Mme Naima était fascinée par la médecine, alors, parlant de l'accouchement, cela lui semblait très naturel disant : « je suis vraiment branchée sur le cotés scientifique, ça veut dire ; je sais bien comment gérer la situation ».

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Mme Naima préférait accoucher par voie basse en affirmant : « pour ma la bonne santé de mon enfant et pour moi-même, contrairement à la césarienne que je trouve que son influence est négative pour la santé du bébé ».

Mme Naima disait qu'elle a vécu le moment de l'accouchement très normalement, c'est juste après l'accouchement qu'elle ressentait un changement soudain de son humeur elle disait : « j'étais angoissé... ». Juste après son accouchement, Mme Naima a demandé de voir son bébé, elle attendait ce moment avec impatience ! En avouant : c'est un sentiment inexplicable ! Un moment de joie et de bonheur !! »

Exactement, après deux semaines de son accouchement, Mme Naima ressentait un malaise émotionnel.

Axe n° 4 : Les informations concernant les signes dépressifs du post-partum :

Après l'accouchement, Mme Naima était très fatiguée, stressée, angoissée, triste, elle avait des maux de tête insupportable suivis par des vomissements...

Mme confirmait : « après tout le malaise que j'ai cité avant, je me sentais dans le besoin de me reposer tout le temps c'est pour cela que je m'isolais dans ma chambre ».

L'état émotionnel de Mme Naima s'est dégradé après son accouchement disant : « je me sentais toujours triste et je pleurais sans raison, mon état de santé me préoccupe énormément ». Elle ajoutait : « ma relation avec mon bébé est très négative depuis que je souffre de ma maladie d'épilepsie ».

Mme Naima n'arrivait pas à accepter sa maladie ; des idées suicidaires entravait son esprit, disant : « suite à ma maladie d'épilepsie, l'idée de tomber ou d'avoir un malheur ne cesse pas mes pensées, même s'il elle est partielle.

« Maintenant, mon bébé, est une vraie charge pour moi, mais ça reste ma joie aussi », disait cette femme. Mme Naima, ne désire plus avoir d'enfant même si son médecin et famille lui confirme le contraire.

1.4.1. Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°04 :

Nombre des items	Items	Cotation	Expression
01	Tristesse	2	Je suis tout le temps triste
02	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et que ne peut qu'empirer
03	Échec dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie
04	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
05	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites
06	Sentiment d'être puni	2	Je m'attends à être puni(e)
07	Sentiment négatif envers soi-même	2	Je suis déçu(e) par moi-même
08	Attitude critique envers soi-même	2	Je me reproche tous mes défauts
09	Penser au désir de se suicider	2	J'aimerais me suicider
10	Pleurs	3	Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable
11	Agitations	2	Je suis si agité(é) que j'ai du mal à rester tranquille
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit
13	Indécision	3	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision
14	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

16	Modification dans les habitudes de sommeil	3 a	Je dors presque toute la journée
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable
18	Modification de l'appétit	3 a	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	Fatigue	2	Je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de chose que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
SCORE TOTAL		52	Dépression sévère

Tableau n°6 : Présentation des résultats du cas n°4

1.4.2. L'analyse de l'échelle du cas n° 04 :

Lors de la passation de l'échelle de dépression de Beck, on a remarqué que Mme Naima répondait aux propositions de l'échelle avec affirmation et sûreté pour son état et si on se réfère aux résultats obtenus, on déduit que Mme Naima souffre d'une dépression sévère avec un score de 52 sur les notes de seuil de BDI de Beck qui est entre (28-63).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck démontre que Mme Naima a obtenu (11) réponses de degrés de (3) pour sur les items suivants : pessimisme, échec dans le passé, perte de plaisir, pleurs, perte d'intérêt, indécision, modification dans les habitudes, irritabilité, modification de l'appétit, difficulté à se concentrer, perte d'intérêt au sexe. Aussi, elle a obtenu (8) réponses de degrés de (2) pour items suivants : tristesse, sentiment d'être punie, sentiments négatifs envers soi-même, attitude critique envers soi-même, pensées au désir de se suicider, agitations, perte d'énergie, fatigue. Et enfin, (2) réponses de degrés de (1) pour l'item suivant : sentiment de culpabilité ainsi que la dévalorisation.

1.4.3. Synthèse du cas n° 04 :

D'après l'analyse de l'entretien, ; vu l'influence d'in admission de Mme Naima pour sa maladie d'épilepsie et la dégradation de son état émotionnel, caractérisé par tristesse et angoisse intense, pleurs et stress développé suite à son accouchement ainsi que sa négligence

pour son bébé qui déterminait une charge, on peut admettre que Mme Naima souffre d'une dépression post-partum.

Selon l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck, on confirme que Mme Naima souffre d'une dépression sévère, vu les différents symptômes dépressifs précédemment cités dont souffrait la femme. (Mme Naima).

2. Discussions des hypothèses :

Les résultats de notre recherche ont révélé que la femme après son accouchement développe une dépression post-partum, selon les résultats obtenus dans l'entretien et l'échelle de BECK on a constaté que ces quatre cas souffrent d'une dépression sévère.

La femme après son accouchement manifeste toujours des symptômes de dépression post-partum : la tristesse, l'irritabilité, perte d'intérêt, des pense et des désirs suicidaires chez madame SARA, et les trouble de sommeil et d'appétit. Madame SIHAM souffre d'une dépression sévère présentée par des symptômes suivant : perte d'intérêt pour le sexe, fatigue, sentiment de culpabilité, tristesse, indécision. Chez madame MALIKA présente les symptômes suivants : pessimisme ; désir de suicide ; perte d'intérêt pour sexe. Chez madame NAIMA on trouve les symptômes suivants : échec dans le passé ; agitation ; perte d'énergie...

A partir des résultats obtenu dans l'entretien et l'échelle de BECK, on a remarqué clairement que les femmes après leur accouchement développent une dépression post-partum, c'est-à-dire on a trouvé tous les symptômes de dépression post-partum chez ces femmes, cela montre qu'on a confirmé la première hypothèse générale qui implique que les femmes primipares, après leur accouchement, développent une dépression post-partum.

Et également pour les hypothèses partielles qui stipulent que les femmes primipares après leur accouchement, présentent des syndromes d'irritabilité et une perte d'intérêt pour le sexe. Dans le premier cas madame SARA et madame NAIMA présentent le syndrome d'irritabilité juste après leur accouchement et dans le deuxième cas madame SIHAM et madame MALIKA présentent une perte d'intérêt pour le sexe.

Tout cela vient confirmer les deux hypothèses partielles qui impliquent que les femmes primipares, après leur accouchement, présentent des syndromes d'irritabilité et une perte d'intérêt pour le sexe.

Conclusion

Conclusion :

Dans le cadre de cette recherche nous avons essayé d'aborder l'humeur des femmes après leur accouchement ou la question de dépression post-partum, et nous avons abouti aux résultats qui confirment que la femme après son accouchement de quelques jours développe une dépression post-partum.

D'abord, nous avons effectué une étude de 4 cas, pour démontrer les manifestations de la dépression sur la femme après son accouchement, durant cette étude nous avons utilisé un guide d'entretien clinique semi directif et l'échelle de dépression de Beck, pour évaluer le degré de la dépression chez ces femmes, a partir de l'analyse des résultats obtenu, nous avons constaté que la dépression post-partum se manifeste après quelques jours seulement de leur accouchement et elles se caractérise par l'apparitions des symptômes suivants : irritabilité ; perte d'intérêt pour sexe ; sentiment de culpabilité ; modification dans les habitudes de sommeil et de l'appétit, Si on parle du degré de la dépression, on trouve que ces femmes présentent un degré plus en moins élevé et cela a été démontré a partir des différente outils d'investigation utilisés tout au long de cette recherche.

En terme de ce travail, nous avons tenté d'apprendre des éléments de repenses aux questionnements posés et nous avons pu vérifier et confirmer nos hypothèses de recherche qui supposent que les femmes après leur accouchement développent une dépression post-partum.

Enfin, malgré les difficultés que peut avoir notre recherche, comme notre incapacité de détecter cette pathologie à la maternité et notre recours au libéral était dans l'immédiat ; la limite du temps. Le manque de documentation qui traitent la dépression post-partum chez les femmes primipares... Finalement, ce travail reste une initiative à la recherche afin de sensibiliser toutes femmes pour la prise de conscience des facteurs et des conséquences de ce trouble afin de se prendre en charge et pouvoir s'en sortir et également permettre à d'autre qui veulent effectuer des études concernant d'autre aspects de ce sujet plus approfondi, comme l'impact de cette dépression sur la dynamique familiale ; la dépression post-partum chez les papas.

Liste bibliographique

Liste bibliographique :

1. Ouvrages :

- BEECHAM, S. (2000). *Dépression et Suicide*, Paris : Elsevier Masson.
- BERNARD, E et RIQUET, S. (2017). *Évaluation de la perception des facteurs de stress post-accouchement*, Paris : SFSP.
- CHABER, C. (2005). *Figure de la dépression*, Paris : Dunod.
- CHABROL, H et ROGET, B. (2003). *Prévention et traitement des dépressions du post-partum*, Paris : Devenir.
- CAMILO, C et all. (2007). *La psychologie de A à Z*, Paris : Dunod.
- FONDACCI, C. (2009). *Les Dépressions*, Paris : Springer.
- DANION-GRILLAT, A et SIBERTIN-BLANC, D. (2008). *Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum*, Paris : Raynaud.
- DAYAN, J. (2008). *Les dépressions périnatales : évaluer et traiter*, Paris : Elsevier Masson.
- HARA, M-W. (2001). *La dépression du post-partum : l'étude d'IOWA*, Paris : Devenir.
- HAYS, M-A. (2017). *La dépression périnatale*, Paris : ERES.
- Mini DSM-5. (2015). (*Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*), 1174 pages, Paris : Elsevier Masson.
- LAMOUREUX, PH. (2007). *La dépression : en savoir plus pour se soigner*, Paris : Vincent Fournier.
- LEHMANN, J-P. (2010). *La valeur de la dépression selon D.W. WINNICOTT*, Paris : Toulouse.
- PERETTI, C-S. (2013). *Comprendre et soigner la dépression*, Paris : Elsevier Masson.
- RIGHETTI, M-V. (2006). *Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage et de la dépression post-partum*, Paris : Hiver.
- PEDINIELLI, J-L et BERNOUSSI, A. (2005). *Les états dépressifs*, Paris : Armand Colin.
- BENONY, Het CHAHRAOUI, K. (1999). *L'ENTRIEN CLINIQUE*, Paris : Dunod.
- LONESCU, S et BLANCHET, A. (2009). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* : PRESSES UNIVERSITAIRES DE France.
- LANSAC, J et all. (2003). *G. Obstétrique*, Paris : Masson.

2. Les dictionnaires :

- BLOCH, H et all. (2011). *Grand Dictionnaire de la psychologie*, Paris : Didier Casalis.

Annexes

1. Guide d'entretien clinique semi-directif :

Axe n°1 : renseignements personnels :

1. Nom/ prénom : pseudo anonyme
2. Quel est votre âge ?
3. Quel est votre niveau d'instruction ?
4. Quelle est votre situation personnelle ?

Axe n°2 : les informations concernant le vécu de la grossesse :

1. Votre grossesse est –elle programmée et désirée ?
2. Comment aviez-vous reçu la nouvelle ? positivement ou bien négativement ?
3. Qu'est en est-il de votre mari ?
4. Comment la nouvelle de votre grossesse a-t-elle été accueillie par votre entourage ?
5. Comment vous sentez-vous durant la grossesse ?
6. Avez-vous vécu un évènement d'une forte émotion pendant cette période ou avant ? lequel ?
7. Avez-vous souffert d'un problème de santé durant cette période ? lequel ?
8. Parlez-moi de votre humeur durant cette période ?
9. Parlez-moi de vos relations avec votre entourage et famille ?

Axe n°3 : les informations concernant le vécu de l'accouchement et après l'accouchement (post-partum) :

1. Comment avez-vous imaginé le déroulement de l'accouchement ?
2. Préférez-vous accoucher par césarienne ou par voie basse ? pourquoi ?
3. Comment avez-vous vécu le moment de l'accouchement ? avant et après ?
4. Avez-vous vous-même demandé de voir votre bébé ? À quel moment ?
5. Comment était le premier contact avec votre bébé ?
6. Pouvez-vous nous décrire ce sentiment ?
7. Comment était l'accueil des sages- femmes pour vous ? avant et après l'accouchement ?
8. Après cette expérience avez-vous toujours envie d'enfanter ?
9. Depuis quand exactement vous sentez le mal alaise émotionnel après l'accouchement ?

Axe n°4 : les informations concernant les signes dépressifs du post-partum :

1. Comment vous-sentez-vous après l'accouchement ?
2. Y-at-il un changement bien précis ? lequel ?
3. Comment est la relation avec votre bébé ?
4. Comment est votre humeur après l'accouchement ?
5. Votre alimentation et poids, ont-ils changé après l'accouchement ?
6. Avez-vous des idées négatives ? lesquelles ?
7. Avez-vous le sentiment de culpabilité vis-à-vis de vous-même et envers votre bébé ? pourquoi ?
8. Avez-vous des idées récurrentes de mort ? pourquoi ?
9. Y-at-il un soutien auprès de vos proches ? qui ?
10. Comment est la nature de la relation avec votre conjoint après l'accouchement ?
11. Que détermine votre bébé pour vous ?
12. Désirez-vous toujours avoir d'enfants ? pourquoi ?

2. L'échelle de Beck :

Nom : Prénom : Date :

Sexe : Age :

La consigne générale :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis, choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel, puis, entourez le numéro qui correspond à la réponse :

1. Tristesse :

0. Je ne me sens pas triste.
1. Je me sens très souvent triste.
2. Je suis tout le temps triste.
3. Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme :

0. Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
1. Je me sens plus découragée 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 qui ne peut qu'empirer.

3. Échec dans le passé :

0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurai 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 plaisaient habituellement.
3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

0. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1. Je me sens coupable pour des choses que j'ai faites.
2. Je me sens coupable la plupart du temps.
3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être punie :

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

7. Sentiment négatif envers soi-même :

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

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 soi-même que j'étais.
2. Je me reproche tous mes défauts.
3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensée ou désir de suicide :

0. Je ne pense pas du tout à me suicider.
1. Il m'arrive de penser à me suicider.
2. J'aimerais me suicider.
3. Je me suiciderai 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 les moindres petites choses.
3. Je voulais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitations :

0. Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
2. Je suis si agité(e) 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 prends des décisions aussi bien qu'avant.
1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
2. J'ai beaucoup plus de mal à prendre quelle décision.
3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation :

- 0. Je pense être quelqu'un de valable.
- 1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2. Je me sens moins valable que les autres.
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

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 pouvoir faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes du sommeil :

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

17. Irritabilité :

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

18. Modification de l'appétit :

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

19. Difficulté à se concentrer :

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

20. Fatigue :

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

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

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