

*Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de psychologie et d'orthophonie*

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

Option : psychologie clinique

Thème :

La dépression chez les adultes atteints d'hypertension artérielle

*- Étude comparative de dix (10) cas selon le genre
au niveau de l'EPH d'Akbou -*

Réalisé par :

BOURZAH Asma

Encadré par :

Dr. MEHDAOUI Samia

Année universitaire : 2024/2025

Remerciements

*En préambules à ce travail, je remercie **ALLAH** qui ma aidée et qui m'a donnée la patience et le courage durant ces longues années d'étude.*

*Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à l'encadrante de ce travail **Mme MEHDAOUI Samia**. Je la remercie de m'avoir orienté, aidé et conseillé.*

*Je tiens à remercier spécialement la psychologue **Mme SAADI Ghania**.*

Je remercie l'ensemble du personnel de l'établissement public hospitalier d'AKBOU « AKLOULALI » qui m'ont encadré et soutenu durant mon stage pratique, ainsi qu'à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce modeste travail.

J'adresse mes sincères remerciements à tous les professeurs, intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé mes réflexions et ont accepté de me rencontrer et de répondre à mes questions durant mes études.

Dédicaces

Je dédié ce modeste travail

A mes chers parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études,

A mes chères sœurs Fatiha et Malika, Meriem et Yasmine, Hiloua et Salma, pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral, et sans oublier mes petits nièces Ritadj et Alicia, Kawthar et Chaima,

A mes chers frères, Aziz, Azzedine, Boubkeur, Hicham, Khaled, pour leur appui et leur encouragement, et aussi mes neveux Raouf et Akram et Anis,

À tous les nombres de ma famille et toutes les personnes qui porte le nom :

BOURZAH, IDRIS, OUARI, BEN MAMMAR. Je dédie ce travail à tous ce qui ont participé dans ma réussite.

Et à tous mes amis.

Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre soutien infaillible,

Merci d'être toujours là pour moi.

BOURZAH Asma.

Liste des abréviations

AVC : Accidents vasculaires cérébrale

CIM : Classification International Médicale

DSM : Diagnostic and Statistical Manuel

HTA : Hypertension Artérielle

OMS : Organisation Mondiale de la santé

P : Pression

Mm Hg : millimètre (mm) de mercure (Hg du latin Hydrargyrum)

MAPA : Monitorage Ambulatoire de la Pression Artérielle

PA : Pression Artérielle

PAS : Pression Artérielle systolique

PA D : Pression Artérielle diastolique

PESH : Programme Éducatif Canadian Sur L'hypertension

MAPA : Monitorage Ambulatoire de la Pression Artérielle

BDI : Beck Dépression Inventory

ESH : Entreprise Sociale pour l'Habitat

Liste des tableaux

N° Tableau	Désignation	Page
Tableau n° 01	Présente les caractéristiques de la population d'étude	40
Tableau n° 02	Classement des niveaux de dépression selon Beck	46
Tableau n° 03	Présentation des résultats de l'échelle de premier cas	49
Tableau n° 04	Présentation des résultats de l'échelle de deuxième cas	51
Tableau n° 05	Présentation des résultats de l'échelle de troisième cas	53
Tableau n° 06	Présentation des résultats de l'échelle de quatrième cas	56
Tableau n° 07	Présentation des résultats de l'échelle de cinquième cas	58
Tableau n° 08	Présentation des résultats de l'échelle de sixième cas	61
Tableau n° 09	Présentation des résultats de l'échelle de septième cas	63
Tableau n° 10	Présentation des résultats de l'échelle de huitième cas	65
Tableau n° 11	Présentation des résultats de l'échelle de neuvième cas	68
Tableau n° 12	Présentation des résultats de l'échelle de dixième cas	70
Tableau n° 13	Présentation de types de dépression selon le genre	72

Annexes

Annexes	Désignation
Annexe 01	Le guide d'entretien
Annexe 02	L'échelle de Beck

Remerciement

Dédicace

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Annexes

Table des matières

Introduction.......... 1

Partie théorique

Chapitre I : Le cadre général de la problématique

1- Les objectifs de la recherche	4
2- Les raisons du choix du thème	4
3- La problématique.....	4
4- Les hypothèses de la recherche	6
5- Opérationnalisation des concepts clés	6
5-1- La dépression	6
5-2- L'hypertension artérielle	7
6-Les études antérieures	7

Chapitre II : La dépression

Préambule	8
1-Définition de la dépression	8
2- Aperçu historique de dépression.....	9
3-Les différentes formes de la dépression.....	10
3-1- La dépression majeure « caractérisée ».....	10
3-2- La dépression chronique (Dysthymie)	11
3-3-La mélancolie	11
3-4-Les troubles bipolaires	12
4-Les facteurs de risques de la dépression	12
4-1-Les facteurs biologiques.....	12
4-2- Les facteurs psychologiques.....	13
4-3-Les facteurs liés à l'environnement social ou familial	13
5-Les symptômes de la dépression	13
6-Les classifications de la dépression	14
6-1- La dépression selon le DSM-V	14
6-2- La dépression selon la CIM-10	14
7- Critères diagnostique de la dépression	15

7-1- Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle	15
7-2- Trouble dépressif caractérisé	16
7-3- Trouble dépressif persistant (dysthymie)	17
7-4- Trouble dépressif induit par une substance/un médicament	18
7-5- Trouble dépressif dû à une autre affection médicale	19
7-6- Le trouble dépressif spécifié	19
7-7- Le trouble dépressif non spécifié	20
8- Diagnostic différentiel de la dépression	20
9- Les modèles explicatifs de la dépression	21
9-1- Le modèle ethnopsychiatries	21
9-2- Le modèle psychanalytique	21
9-3- Le model cognitive comportementale	22
10- Traitement et prise en charge de la dépression	22
10-1- Les thérapies cognitivo-comportementalistes	22
10-2- La thérapie analytique	23
Synthèse	24

Chapitre III: L'hypertension artérielle

Préambule	25
1- Définition de l'hypertension artérielle	25
2- Les concepts clés de l'hypertension artérielle	26
3- Les classifications de l'hypertension artérielle	26
4- Les Principaux facteurs de l'hypertension artérielle	27
5- Les Symptômes de l'hypertension artérielle	29
6- Les mesures de l'hypertension artérielle	30
6-1- Pression artérielle de consultation	30
6-2- Les techniques de mesures	31
6-3- Mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA)	31
6-4- Automesure à domicile	32
7- Le diagnostic de l'hypertension artérielle	32
8- La prise en charge thérapeutique du patient hypertendu	32
8-1- Bilan initial	33
8-2- Mesures hygiéno-diététiques	33
8-3- Objectif tensionnel	33
9- Le Traitement de l'hypertension artérielle	34
9-1- Traitements médicamenteux	34
9-2- Traitements non médicamenteux	34
Synthèse	35

Partie pratique

Chapitre IV: La méthodologie de la recherche

Préambule.....	36
1- Le déroulement de la recherche	36
1.1. La pré-enquête	36
1.2. L'enquête	37
2- Présentation de lieu de recherche	38
3- La méthode de recherche.....	39
4- La population d'étude.....	40
5-Les outils de la recherche	41
5.1. L'entretien clinique.....	41
5.2. L'entretien semi-directif	42
5.3. Le guide d'entretien	42
5.4. L'échelle de Beck	44
Synthèse	47

Chapitre V: Présentation, analyse des données et discussions des hypothèses

Préambule.....	48
1. Présentation et analyses des données des cas	48
2. Analyses comparatives des données des cas selon le genre.....	72
3- Discussion des hypothèses	73
3-1- Discussion de la première hypothèse	73
3-2- Discussion de la deuxième hypothèse.....	74
Synthèse	76
Conclusion	77

Liste bibliographique

Annexes

Résumé

Introduction

Introduction

La maladie chronique est une affection de longue durée qui progresse généralement lentement et qui nécessite une gestion continue sur plusieurs années ou des décennies. Contrairement aux maladies aiguës, qui apparaissent rapidement et peuvent être résolues par un traitement à court terme, les maladies chroniques sont persistantes et ont souvent un impact significatif sur la vie quotidienne de la personne affectée. Ces maladies ne sont généralement pas transmissibles d'une personne à l'autre et sont souvent le résultat d'une combinaison de facteurs génétiques, de modes de vie et d'influences environnementales. Elles peuvent affecter n'importe quel système du corps et se manifestent sous diverses formes.

Dans le cadre de cette étude, nous nous intéresserons à l'hypertension artérielle (HTA) et à sa relation complexe avec la dépression, deux problèmes de santé majeurs qui touchent un nombre croissant d'individus à travers le monde.

L'hypertension artérielle, souvent qualifiée de « tueur silencieux », est une pathologie cardiovasculaire caractérisée par une élévation persistante de la pression du sang dans les artères. Bien qu'elle puisse souvent évoluer sans symptômes apparents, l'HTA constitue un facteur de risque majeur pour de graves complications, notamment cardiovasculaires, rénales et cérébrales. Sa prévalence croissante est influencée par divers facteurs, tels que le vieillissement de la population, les modes de vie sédentaires et les habitudes alimentaires déséquilibrées.

La dépression, quant à elle, est un trouble mental courant qui peut avoir un impact profond sur tous les aspects de la vie d'une personne. Elle se caractérise par un sentiment d'impuissance, de fatalité et de désespoir, et peut entraîner des ruminations et des pensées suicidaires. Il est crucial de souligner que la dépression est une maladie traitable, et qu'il existe de nombreuses ressources et interventions thérapeutiques pour aider les personnes à retrouver l'espoir et la joie de vivre.

Le lien entre la dépression et l'HTA est à la fois physiologique et comportemental. La dépression peut aggraver l'HTA par le biais de mécanismes biologiques, tels que l'augmentation de la production de cortisol et d'adrénaline, des hormones de stress qui élèvent la tension artérielle. De plus, les comportements souvent associés à la dépression, comme la consommation excessive d'alcool, le tabagisme et la sédentarité, contribuent à l'apparition et à l'aggravation de l'HTA. Inversement, vivre avec une maladie chronique comme l'HTA peut induire un stress psychologique et émotionnel considérable, augmentant ainsi le risque de dépression. Ces deux affections partagent

Introduction

également des facteurs de risque communs, notamment le stress chronique, les déséquilibres hormonaux et l'inflammation systémique.

Comprendre la relation entre la dépression et l'HTA est crucial pour améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de ces affections. Une approche intégrée, centrée sur le patient et adaptée à ses besoins individuels, est essentielle pour briser le cycle vicieux entre la dépression et l'HTA, tout en favorisant un avenir où le bien-être mental et physique est une priorité pour tous. Cette étude vise à explorer la prévalence de la dépression chez les adultes atteints d'HTA, en comparant les résultats entre les genres. Elle explorera également les facteurs de risque communs. Les résultats de cette recherche pourraient éclairer les interventions cliniques et les politiques de santé publique, en mettant en évidence l'importance d'une approche holistique pour la prise en charge de ces affections complexes.

La dépression chez les adultes se manifeste souvent de manière subtile, rendant le diagnostic difficile. De nombreux adultes masquent leurs symptômes derrière une apparente productivité ou adoptent des comportements compensatoires, tels que l'augmentation de la consommation d'alcool ou de tabac, qui aggravent indirectement leur santé cardiovasculaire. De son côté, l'HTA, souvent asymptomatique à ses débuts, constitue l'un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, notamment les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les crises cardiaques et les insuffisances cardiaques. L'HTA est également associée à des complications rénales et neurologiques. Elle est influencée par une combinaison de facteurs, tels qu'une alimentation riche en sel, un mode de vie sédentaire, une obésité croissante, un stress chronique, et, dans de nombreux cas, une prédisposition génétique.

La relation entre l'hypertension et la dépression est un domaine de recherche important, car ces deux conditions peuvent souvent coexister et s'influencer mutuellement de manière significative. Cette étude se propose d'examiner cette relation de manière approfondie, en cherchant à :

- Déterminer si la dépression est plus fréquente chez les patients hypertendus et si sa fréquence varie en fonction des genres.
- Comprendre comment la dépression se manifeste différemment chez les hommes et les femmes atteints d'hypertension.
- Identifier si les facteurs de risque associés à la dépression sont les mêmes pour les deux sexes.

Introduction

- Examiner comment la dépression peut affecter différemment la santé cardiaque des hommes et des femmes hypertendus.
- Évaluer si les traitements actuellement disponibles pour la dépression sont également efficaces chez les patients souffrant d'hypertension.

Pour atteindre ces objectifs, cette recherche s'appuiera sur une méthodologie rigoureuse et structurée. La pré-enquête, étape cruciale du processus de recherche, a permis de mieux appréhender le terrain, de tester les outils de collecte de données et de valider la faisabilité de l'enquête principale. Les outils de collecte de données comprennent des entretiens semi-directifs, qui permettent de recueillir des informations qualitatives riches et nuancées, ainsi que l'échelle de Beck, un instrument psychométrique standardisé pour évaluer l'état dépressif des participants.

Les résultats de cette étude pourraient avoir des implications importantes pour la prévention, le dépistage et la prise en charge intégrée des maladies cardiovasculaires chez les personnes souffrant de dépression, et vice versa. En approfondissant notre compréhension de la relation complexe entre ces deux conditions, nous pouvons contribuer à améliorer la santé et le bien-être des individus concernés.

Cette étude présente une recherche qui s'intitule « la dépression chez les adultes atteints d'hypertension artérielle étude comparative des (10) cas selon le genre».

Pour mener à bien cette recherche, l'étude actuelle tracé un plan de travail scindé le mémoire en quatre chapitres.

Le premier chapitre suivi d'une problématique, des hypothèses de travail que cer soit d'affirmer ou d'infirmer tout au long de cette étude.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude de la dépression dans lequel sont traitées la définition de la dépression, l'historique, diagnostic différentielle, et la prise en chargeetc.

Le troisième chapitre est consacré à l'étude de l'hypertension artérielle.

Le quatrième chapitre consacré le cadre méthodologique qui englobe la population et le lieu de l'étude, les techniques de la recherche utilisées et les axes de notre guide d'entretien.

Le cinquième chapitre est consacré à l'analyse des données des entretiens, suivit de l'échelle de dépression de Beck BDI-II.

Finalement par une conclusion générale, suivie d'une liste bibliographique et des annexes.

Partie théorique

Chapitre I

Cadre général de la problématique

1-Les objectifs de la recherche

L'étude actuelle vise à :

- Déterminer si la dépression est plus fréquente chez les patients hypertendus et cette fréquence varie selon le sexe.
- Comprendre comment la dépression se manifeste différemment chez les hommes et les femmes atteints d'hypertension.
- Découvrir les facteurs qui augmentent le risque de dépression sont les mêmes pour les deux sexes.
- Examiner si la dépression affecte différemment la santé cardiaque des hommes et des femmes hypertendus.
- Connaitre les différents traitements de dépression utilisée chez les hypertendues.

2- Les raisons de choix du thème

Parmi les raisons de choix du thème de cette étude les suivants :

- Pertinence clinique et sociale.
- Impact sur la qualité de vie.
- C'est des pathologies les plus fréquents et les plus répandus dans le monde.

3- Problématique

La santé occupe une place considérable dans l'existence, elle constitue un noyau essentiel à la survie de l'être humain et son évolution, elle représente également un équilibre dynamique permettant la circulation de la vie quotidienne sur différents plans (physique, mental et social) ce qui fait référence à une hémostasie biologique et psychologique, lorsque la santé est atteinte l'être humain se retrouve face à un énorme chamboulement de vie. La santé est un complet de bien-être qui naît de la symbiose du physique, du mental et du social pourtant lorsqu'on parle de santé on oublie souvent la santé mentale qui est définie selon l'OMS comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès, de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.(OMS,2011)

Une maladie mentale est un ensemble de dérèglements au niveau des pensées, des émotions et/ou du comportement qui reflètent un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales. Une maladie mentale entraîne nécessairement une détresse pour l'individu et/ou une difficulté au travail ou dans les relations sociales. La maladie mentale fait référence à un large éventail de troubles qui affectent l'humeur, la pensée et le comportement. Ces troubles peuvent inclure des problèmes comme la dépression, l'anxiété, la schizophrénie, et le trouble bipolaire, entre autres. Les maladies mentales peuvent avoir des causes biologiques,

psychologiques ou environnementales, et elles peuvent affecter la manière dont une personne fonctionne dans sa vie quotidienne. (OMS, 2011)

La dépression est considérée essentiellement comme un trouble de l'humeur. La notion d'humeur est définie par Jean Delay comme : « disposition affectif à la base qui donne à chacun de nous un état d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrême du plaisir et douleur » (Besançon, 2004 : p, 48).

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 à des situations sociales et économique Contrariantes, ou à des affections organiques. (KLEFTARAS, 2004 : p13-20)

La dépression regroupe un ensemble de manifestations cliniques principalement caractérisées par une humeur triste et/ou un désintérêt pour la plupart des activités du quotidien, notamment celles perçues auparavant comme agréables et plaisantes. Parmi les affects négatifs, la dépression est celui qui est le plus fréquemment rencontré au cours des pathologies cardiovasculaires, même si elle est rarement typique. (Cohen-Solal.2007 : p, 22). La dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. (Postel, 1992 : p, 206).

Cependant, elle est la pathologie psychiatrique la plus fréquente. Elle touche 7% de la population. Le risque majeur est le suicide, il touche 15% des patients déprimés dans le monde, 121 millions de personnes souffrent de dépression. En 2020, la dépression sera devenue la première cause mondiale d'invalidité, les maladies cardiovasculaires, tous âges et sexes confondus, selon des projections de l'organisation mondiale de la santé. (Isabelle Lim .2014 : p, 33).

La dépression a un impact sur le cœur directement à travers la modification des niveaux de catécholamine et par une augmentation de l'activité hypothalamique pituitaire. Elle l'influence également par des changements comportementaux tels que le manque d'exercice, une faible capacité de profiter du soutien social et des facteurs alimentaires.

Par ailleurs, les désordres psychologiques sont associés à un plus haut taux de mortalité pour des problèmes cardiaques (Irvine et coll. 2010). Environ le quart des patients ayant une coronaropathie rapporte une détresse psychologique. De 24 % à 87 % des patients rapportent une augmentation du niveau d'anxiété après l'implantation d'un stimulateur cardiaque et de 13 % à 38 % de ces patients rapportent des symptômes de trouble anxieux (OMS, 2006).

Les maladies cardiovasculaires sont les premières causes de mortalité dans le monde. Elles provoquent 17.1 millions de décès par année, dont 7.2 millions seraient dus à une cardiopathie coronarienne telle que l'infarctus du myocarde. Les maladies cardio-vasculaires sont caractérisées généralement par un dysfonctionnement de processus d'irrigation du cœur par les artères coronaires, mais peuvent directement se traduire par une défaillance du muscle cardiaque. (OMS, 2011).

En effet, le cœur est un organe musculaire constitué de quatre cavités organisées pour fonctionner ensemble de façon efficace, fiable et constante tout au long de la vie. Les parois musculaires de chaque cavité se contractent régulièrement, pompent le sang en fonction des besoins de l'organisme, en utilisant aussi peu d'énergie que possible à chaque contraction.

L'hypertension artérielle : est une valeur de pression artérielle (PA) supérieure ou égale à 140 mm Hg pour la pression artérielle systolique (PAS) et / ou supérieure ou égale 90mm Hg pour la pression artérielle diastolique, la définition de l'hypertension artérielle est considérée comme indépendante de l'âge. L'organisation mondiale de la santé et d'autre organisme définissent plusieurs grades dans les valeurs et pathologique (Bentounés et Safar.2011).

L'étude actuelle pose les questions suivantes :

- 1- Est-ce que les adultes hypertendus souffrent-ils d'une dépression ?
- 2- Est-ce que le degré de la dépression est élevé chez les femmes hypertendues par rapport aux hommes ?

4- Hypothèses de la recherche

- 1- Les adultes hypertendus souffrent d'une dépression
- 2- La dépression chez les adultes est élevée chez les femmes par rapport aux hommes.

5- Opérationnalisation des concepts clés

5-1-La dépression

La dépression est un trouble mental complexe caractérisé par une altération de l'humeur se manifestant par une tristesse persistante, une perte d'intérêt pour les activités auparavant appréciées, des changements significatifs dans l'appétit et le sommeil, une faible estime de soi et des difficultés de concentration. Ces symptômes peuvent varier en intensité et en durée, mais ils ont un impact significatif sur la vie quotidienne de la personne atteinte. (OMS, 2011)

C'est le degré de la dépression chez les hypertendus (femmes et hommes) obtenu après l'application de l'échelle de Beck élaboré (1961).

5-2- L'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle est comme une affection dans laquelle la pression exercée par le sang sur les parois des artères est trop élevée de façon chronique. (OMS, 2011)

La pression artérielle est mesurée en millimètres de mercure (mm Hg) et se compose de deux valeurs :

- ❖ La pression systolique (le chiffre le plus élevé) : pression dans les artères lorsque le cœur se contracte.
- ❖ La pression diastolique (le chiffre le plus bas) : pression dans les artères lorsque le cœur se relâche entre les battements.

6- Les études antérieures

• La première étude

- L'étude de (Touati S, 2023). Intitulé « Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme : Illustration à partir d'un cas clinique».
- L'objectif de l'étude est de montrer que la psychothérapie de soutien est d'une grande utilité lors d'une phase critique de la vie, d'un épisode dépressif sévère.
- La population d'étude est composée « d'un cas clinique »
- Comme outils d'étude on a utilisé le test « Rorschach» et le test de «TAT».
- Les résultats de l'étude ont révélés que « La dépression est l'un des troubles mentaux les plus fréquents chez les femmes»
- L'utilité de ces études antérieures dans l'étude actuelle c'est avoir chez qui la dépression elle est élevé. (Touati S, 2023).

• La deuxième étude

- L'étude de (SADI S ,2023). Intitulé « Le comportement de sujets hypertendus face à une situation d'oubli ou de surdosage»
- L'objectif de cette étude est connais les modalités d'utilisation des antihypertenseurs chez des malades hypertendus et leur attitude face à une situation d'oubli ou de surdosage.
- La population de cette étude est composé « une étude descriptive transversale a été réalisée en ligne chez la population algérienne».
- Les résultats de l'étude ont révélés que « c'est chez les femmes que l'hypertension semble être plus élevée dans cet échantillon particulier».
- L'utilité de ces études antérieures dans l'étude actuelle c'est avoir à ce qu'il y'a des changements sur la population étudiée. (SADI S ,2023).

Chapitre II

La dépression

Préambule

La dépression, c'est un poids lourd à porter. Elle peut affecter tous les aspects de votre vie : votre travail, vos relations, votre sommeil, votre appétit. Vous pouvez vous sentir seule et incomprise, même entourée de personnes qui vous aiment.

Mais il est important de savoir que la dépression n'est pas une fatalité. C'est une maladie qui se soigne, et il existe de nombreuses ressources pour vous aider à vous sentir mieux. Que ce soit à travers la thérapie, les médicaments, ou une combinaison des deux, il est possible de retrouver l'espérance et la joie de vivre.

Ce chapitre nous aborde les points suivants : la définition de la dépression, après l'aperçu historique puis les types et les symptômes de la dépression et ces facteurs, les caractéristiques et les formes cliniques de la dépression, enfin la prise en charge et le traitement de la dépression.

1- Définition de la dépression

Selon le dictionnaire de la petite Larousse de la psychologie : « la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité, désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations, délirantes à thèmes de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser ». (Corinne, 2013 : p203).

Sur le Grand dictionnaire de la psychologie : « la dépression s'accompagne généralement d'anxiété, elle entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser ». (Bloch, 2002 : p, 327)

La dépression en tant que syndrome fait référence à un ensemble de symptômes qui en plus de l'humeur dépressive renvoient également au ralentissement, à la perte d'énergie à des sentiments de dévalorisation et de culpabilité, ainsi qu'à des troubles du sommeil et de l'alimentation. (Bonnet, 2017 : p, 70).

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 mentales psychomotrices et organiques (Kleftaras, 2004 : p, 20).

Selon l'OMS : « La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration ».

Selon le grand dictionnaire de la psychologie : « La dépression est une maladie mentale caractérisé par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagne parfois d'anxiété, la dépression entretien chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser » (Henriette et Roland, 1999 :p, 25).

Selon le dictionnaire de la psychanalyse : « La dépression modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance morale corrélative d'un désinvestissement de toute activité». (Roland ,2003 : p, 91).

La dépression selon Beck : « Le modèle cognitif de la dépression de Beck. Il existe des pensées dysfonctionnelles, produit par des schémas cognitifs provenant d'interprétation des événements extérieurs baissés dans un sens toujours négatif. Selon lui les pensées d'un déprimé pourraient se résumer dans trois catégories : la vision négative de soi, du futur, et de l'environnement constituant la triade cognitive». (Cottraux, 2005 : p, 4)

Pour Beck, les pensées des déprimés pourraient se rassembler dans trois catégories : la vision négative de soi, du futur et de l'environnement, constituant la triade cognitive.

2-Aperçu historique de la dépression

Le terme de dépression est utilisé en psychiatrie depuis le milieu du XIX siècle. Il s'est imposé progressivement, au cours du demi-siècle qui a suivi aux côtés puis en englobant le terme mélancolie, historiquement introduit par Hippocrate, qui est réservé à une forme cliniques, spécifiques. La diffusion avec un double mouvement, d'une part de médicalisation de ce concept et d'autres part de médicalisation de la psychiatrie au-delà du champ de l'aliénisme. Auparavant, seules les formes spectaculaires les plus handicapantes étaient clairement identifiées comme appartenant au champ de la médecine. Les dépressions moins sévères répondait alors, et répondent encore parfois, au vocabulaire commun (le cafard, le blues, les difficultés existentielles) ou à celui des poètes et écrivains tel Sénèque qui évoquait le tedium vitae, cette lassitude de soi et du monde, Châteaubriand le vague des passions ou Baudelaire le spleen. Les troubles dépressifs apparaissent hétérogènes. De nombreux types ou sous-types ont été décrits, qu'il soit phénotypiques, expression d'angles de description variés ou qu'ils correspondent à des niveaux conceptuel différents. Cette hétérogénéité fait écho aux nombreuses conceptions théoriques. Que la neurobiologie nous laisse entrevoir, sont aussi multiples et hétérogène et ne permettant plus

d'une origine commune qui serait un trouble fondamentale d'une « fonction thymique ». Il n'est guère non plus possible pour unifier le concept de dépression d'invoquer la spécificité des traitements. Celle-ci est faible, les antidépresseurs étant de bonne traitements des troubles anxieux, et l'électro convulsion thérapie très efficace dans les états maniaques ou les schizophrénies catatoniques. Il est donc nécessaire de revenir à un niveau conceptuel plus Modest, ce lui de la clinique et de regroupement syndromiques, pour légitimé l'unité nosographique de La dépression. Ainsi la dépression n'est elle pas une maladie mais un syndrome (ensemble de symptômes constituant une unité clinique mais non étiologique pouvant s'intégrera différents trouble dont certains sont probablement des maladies. (Rouillon. et Guelfi., 2012 : p, 291).

3-Les différentes formes de la dépression

3-1- La dépression majeure « caractérisée »

La dépression caractérisée, parfois dite « majeure »par un abus de traduction est la dépression par excellence, définie par un ensemble de symptômes bien déterminés. C'est sur un diagnostic précis que se fondent les possibilités thérapeutiques. (Dr Perez Consuelo, pp, 23 -26). Parmi les symptômes :

L'humeur dépressive : qui est une douleur. Elle est parfois si intense qu'elle a pu être comparée aux plus intenses des douleurs physiques. Lorsque cette tristesse s'installe, elle peut s'associer à une hypersensibilité émotionnelle, la réaction à des situations banales apparaissent exagérée et disproportionnée. Par la suite cette hyper sensibilité peut faire place a l'indifférence. L'humeur se caractérise par :

✓ L'anxiété

L'anxiété est toujours présente. Elle se présente sous forme d'une sensation d'attente d'un danger ou d'une menace, d'un état de tension avec incapacité a se détendre. Le déprimé ne supporte pas l'agitation autour de lui, le bruit, la lumière. Il déambule, ne peut rester sur place.

✓ Le ralentissement

Le déprimé est ralenti, tant physiquement que mentalement. Ses mouvements sont ralenti, ainsi que sa pensée. Les efforts physique sont épaisant, la fatigue domine, empêchant tout effort. La mise en train le matin est particulièrement difficile.

✓ L'insomnie

Le sommeil est constamment perturbé dans la dépression, soit sous forme de difficultés d'endormissement, soit sous forme de réveils nocturnes, éventuellement accompagnés de cauchemars.

✓ L'amaigrissement

Le déprimé mange peu, ou même plus du tout mais il peut aussi se montrer boulimique. Le poids varie en conséquence, de l'amaigrissement parfois spectaculaire, à la nette prise de poids.

✓ Les troubles sexuels

Les troubles sexuels sont quasiment constants dans la dépression. L'appétit sexuel est réduit, et une impuissance ou une frigidité peuvent apparaître.

✓ Le suicide

Le suicide est un risque permanent dans la dépression. Ces parfois par le suicide que se révèle une réelle dépression. Contrairement à une opinion bien répandue, le fait qu'un déprimé exprime ses envies suicidaires ne réduit pas le risque de passage à l'acte, bien au contraire. Le risque suicidaire est particulièrement lié à l'importance de l'anxiété.

3-2- La dépression chronique (Dysthymie)

La notion de dépression chronique est très ancienne, mais est restée longtemps floue et imprécise. On trouve dans cette catégorie des dépressions dites névrotiques, caractérisées par un état dépressif modéré associé à des difficultés de personnalité.

La dysthymie est une dépression chronique, qui entretient des rapports avec des difficultés permanentes de la personnalité, comme une névrose. La vie et de l'entourage s'organise autour de la dépression, ce qui exige souvent que tout le contexte soit pris en compte dans les soins, et celles de la réalité. Parmi les signes essentiels définissant la dysthymie (DSM-IV, 2003 : p. 399) :

- ✓ Le trouble évolue de façon chronique depuis au moins deux ans, sans être consécutif à un épisode caractérisé.
- ✓ Le début est insidieux, et remonte souvent à l'enfance ou l'adolescence.
- ✓ L'évolution peut être continue ou intermittente.
- ✓ Des difficultés de personnalité sont souvent associées.
- ✓ Une vie personnelle stable est souvent conservée.

3-3-La mélancolie

La mélancolie a été le premier état dépressif clairement décrit et reconnu, et la première description en a été faite en 1899 par Kraepelin, dans le cadre de la «psychose maniacodépressive», actuellement reprise dans le cadre des troubles bipolaires. La mélancolie est la plus grave des dépressions. Elle entraîne une souffrance psychique considérable, que certains ont comparée aux plus importantes souffrances physiques connues. Elle fait souvent partie des troubles bipolaires, dont elle constitue parfois le pôle dépressif. Mais les traitements sont efficaces, bien que souvent

une hospitalisation soit nécessaire. C'est la plus grave des dépressions. Mais, c'est paradoxalement celle qui répond le plus favorablement aux traitements et à la sismothérapie.

-Sa description rejoint celle qui a été faite de la dépression majeure. (Consuelo, p, 35)

3-4-Les troubles bipolaires

On parle de trouble bipolaire lorsqu'une personne présente, de manière répétée, des moments de dépression qui alternent avec des moments d'excitation, plus ou moins marqués. Ce trouble, de plus en plus diagnostiqué, est plus fréquent qu'on le croyait auparavant. Les traitements sont efficaces, quoique un peu contraignants. (Sur le site : La dépression, en savoir plus. Chez l'adulte, p, 20. Que j'ai consulté le 25/02 à 17h.) Les différents troubles bipolaires :

- ✓ **Les troubles bipolaires de types 1** : ils sont caractérisée par l'alternance d'épisodes maniaque et dépressif, parfois sévères.
- ✓ **Les troubles bipolaires de type 2** : la dépression peut être dans ce cas sévère, mais elle alterne avec un ou des épisodes hypomaniaque.
- ✓ **Les troubles bipolaires de types 3** : ce sont des troubles dépressifs, mais les personnes ont dans leur entourage familial directe (ascendants, descendants) des personnes qui ont présenté des épisodes maniaque. On parle également de trouble bipolaire 3 quand une personne déprimé, qui n'a jamais présenté d'épisode maniaque, déclenche un état maniaque ou hypomaniaque sous traitement antidépresseur.
- ✓ **Les troubles unipolaires** : on pense actuellement que des personnes qui font des épisodes dépressifs répétés peuvent en réalité présenter un trouble bipolaire, dont l'autre polarité ne s'est jamais révélée.

4-Les facteurs de risque de la dépression

4-1-Les facteurs biologiques

Une des principales théories est que la dépression est provoquée par un déséquilibre de substances naturellement présentes dans le cerveau et la moelle épinière, que l'on appelle les neurotransmetteurs dans le cerveau qui semblent jouer un rôle dans les symptômes de la dépression. La survenue des symptômes de la dépression est liée à une perturbation du fonctionnement cérébral. C'est bien le fonctionnement du cerveau qui est atteint, non sa structure. Cette distinction est importante car elle permet de bien comprendre que cette maladie peut être réversible. Ce dysfonctionnement du cerveau se traduit notamment par des anomalies dans la fabrication, la transmission et la régulation de certaines substances chimiques : les neuromédiateurs (également appelés neurotransmetteurs). (Christophe, 2008 : p, 22).

4-2- Les facteurs psychologiques

Des mécanismes psychologiques particuliers sont également impliqués dans la dépression : sentiments de perte, conflits moraux, croyances négatives, mauvaise estime de soi (« Je ne peux rien faire de bon », « Je ne vaut 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).

Ainsi certaines personnes souffrant de dépression expriment des croyances négatives (elles se croient par exemple « incapable » ou « indigne » de faire certaines choses....), ou n'envisageant que des perspectives pessimistes, à la fois pour le monde qui les entoure et pour elle-même. Chez ces personnes, certain événement de la vie quotidienne, analysés sous leur angle le plus négatif, pouvant déclencher automatiquement des pensées dépressives, sans qu'il leur soit possible de faire appel à d'autres expériences plus positives. (BriffaultDR, 2007 : p, 23)

4-3-Les facteurs liés à l'environnement social ou familial

Certains événements de la vie très perturbants ou un stress excessif et permanent peuvent favoriser l'apparition d'une dépression. Par exemple, la mort d'un être cher, la perte d'un travail, une rupture affective, des conflits familiaux ou sociaux, une maladie...Les études montrent une interaction entre événement de vie et fonctionnement psychologique singulier de l'individu. Dans la dépression, un mécanisme élémentaire d'impuissance amènerait l'être humain à une conduit d'inhibition qui empêcherait son adaptation à l'événement de vie. En temps habituel, l'individu aurait trouvé dans son répertoire de comportement une réponse possible à la situation. (Bartha, 1999 : p, 316)

5-Les symptômes de la dépression

Une dépression se manifeste par des symptômes variés et différents degrés de gravité. Les symptômes varient considérablement d'une personne à l'autre. Selon les critères de L'Organisation mondiale de la Santé (CIM10 :2001) :

- ✓ Un épisode dépressif est identifié par une tristesse persistante pendant deux semaines au minimum.
- ✓ Il est accompagné d'une perte de la joie de vivre, de la motivation et de l'intérêt,
- ✓ Ainsi que d'une diminution de la capacité de concentration et de la capacité de performance en général.

À cela s'ajoutent des symptômes physicovégétatifs :

- ✓ Tels que troubles du sommeil,
- ✓ Perte d'appétit et de poids ainsi,
- ✓ Des troubles de la pensée face à la situation perçue comme sans issue.
- ✓ La pensée est ralentie et se fixe la plupart du temps sur un seul thème, à savoir pourquoi ça va mal, à quel point la situation actuelle est désespérée et l'avenir sans espoir.
- ✓ La dépression entraîne un ralentissement : Dans tous les registres de la vie quotidienne : vie affective, fonctionnement intellectuel, forme physique, mécanismes vitaux et corporels.

6-Les classifications de la dépression

6-1 La dépression selon le DSM-V : Les troubles dépressifs comportent les suivants (DSM-V : 2015 : p, 215)

- ✓ Le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle.
- ✓ Le trouble dépressif caractérisé (incluant l'épisode dépressif caractérisé).
- ✓ Le trouble dépressif persistant (dysthymie).
- ✓ Le trouble dysphorique prémenstruel trouble dépressif induit par une substance/un médicament.
- ✓ Le trouble dépressif dû à une autre affection médicale.
- ✓ Le trouble dépressif autre spécifié.
- ✓ Le trouble dépressif non spécifié.

A la différence du DSM-IV, ce chapitre « troubles dépressifs » a été séparé du chapitre précédent « troubles bipolaires ». La caractéristique commune de tous ces troubles est la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée d'une modification somatique et cognitive qui perturbe significativement les capacités de fonctionnement de l'individu. Ces troubles se différencient entre eux par leur durée, leur chronologie et leurs étiologies présumées.

6-2 La dépression selon la CIM-10

Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM- 10), les troubles de l'humeur regroupent l'épisode maniaque, le trouble bipolaire, l'épisode dépressif, le trouble dépressif récurrent, les troubles de l'humeur persistant, les troubles de l'humeur non spécifiés. Nous n'allons pas aborder les épisodes maniaques et le trouble bien que ce soient des troubles fréquents également, mais nous intéresser plus particulièrement aux épisodes et troubles dépressifs ne présentant pas d'épisode maniaque. (Classification internationale maladies CIM10, 2001, pp, 32-39)

Les épisodes dépressifs sont repris sous les rubriques suivantes :

- F32 : Épisodes dépressifs.
- F32.0 : Épisode dépressif léger.
- F32.1 : Épisode dépressif modéré.
- F32.2 : Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.
- F32.3 : dépressif sévère avec symptômes psychotiques.
- F32.8 : Autres épisodes dépressifs.
- F32.9 : Épisodes dépressifs non spécifiés.
- F33 : Trouble dépressif récurrent
- F33.0 : Trouble dépressif récurrent, épisode léger
- F33.1 : Trouble dépressif récurrent, épisode modéré
- F33.2 : Trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques.
- F33.3 : Trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques.
- F33.4 : Trouble dépressif récurrent, en rémission
- F33.9 : Troubles dépressifs récurrents non spécifiés
- F34 : Troubles de l'humeur persistants
- F34.0 : Cyclothymie
- F34.1 : Dysthymie
- F34.8 : Autre trouble de l'humeur persistants
- F34.9 : Troubles de l'humeur persistants, non spécifiés
- F38 : l'humeur
- F39 : Troubles de l'humeur non spécifiés.

7- Critères de diagnostique

7-1)-Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle

Les critères diagnostiques sont : (DSM-V, 2015 : p, 220)

- Crise de colère sévère récurrente se manifestant verbalement (p.ex. accès de fureur verbale) et/ou dans le comportement (p.ex. agressivité physique envers des personnes ou des objets) qui sont nettement hors de proportion en intensité et en durée avec la situation ou la provocation.
- Les crises de colère ne correspondent pas au niveau du développement.
- Les crises de colère surviennent, à la moyenne, trois fois par semaine ou plus.

- L'humeur entre les crises de colère est de façon persistant irritable ou colérique quasiment toute la journée, presque tous les jours, et elle peut être observée par les autres (p.ex. parent, professeurs, pairs).

Les critères A-D sont présents depuis 12 mois ou plus. Pendant ce temps, la personne n'a pas eu de période d'une durée de 3 mois consécutifs ou plus sans tous les symptômes des critères A-D.

- Les critères A et D sont présents dans ou moins deux parmi trois situations (c'est-à-dire à la maison, à l'école, avec les pairs) et sont sévère dans ou moins une de ces situations.
- Le diagnostic ne doit pas être porté pour la première fois avant l'âge de 6 ans ou après l'âge de 18 ans
- D'après l'anamnèse ou l'observation, l'âge de début des critères A-E est inférieur à 10 ans il n'y a jamais eu une période distincte de plus d'une journée pendant laquelle ont été réunis tous les critères symptomatiques, à l'exception de la durée d'un épisode maniaque ou hypomaniaque.

7-2)-Trouble dépressif caractérisé

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) décrit les critères diagnostique de la dépression comme telles (DSM-V, 2015 : pp, 222-224).

- Au moins cinq de symptômes suivant sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et présentes 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 Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputable à une autre affection médicale.

1 -Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p.ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p.ex. pleure)

2-Diminution marquée de l'intérêt ou du 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.

4-insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

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

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

7-Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié (qui peut être 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.

- Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement sociale, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.
- La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.
- Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

7-3)-Trouble dépressif persistant (dysthymie)

Le trouble dépressif persistant, ou dysthymie, est une forme chronique de dépression caractérisée par une humeur dépressive persistante pendant au moins deux ans chez l'adulte (un an chez l'enfant et l'adolescent).

- Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, plus d'un jour sur deux, signalée par la personne ou observée par les autres, pendant au moins 2 ans.(DSM-V, 2015, p,227).
- Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

1-Perte d'appétit ou hyperphagie.

2-insomnie ou hypersomnie.

3-Baisse d'énergie ou fatigue.

4-Faible estime de soi.

5-Difficultés de concentration ou difficulté à prendre des décisions.

6-Sentiments de perte d'espoir.

- Au cours de la période de 2 ans (1 an pour les enfants et adolescents) de perturbation thymique, la personne n'a jamais eu de période de plus de 2mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.

- Les critères de trouble dépressif caractérisé peuvent être présents d'une manière continue pendant 2 ans.
- Il n'y a jamais eu d'épisodes maniaques ou hypomaniaques, et les critères de trouble cyclothymique n'ont jamais réunis.
- Le trouble n'est mieux expliqué par un trouble schizo-affectif persistants, une schizophrénie, un trouble délirant trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie, ou un autre trouble psychotique.
- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une drogue donnant l'abus, un médicament) ou d'une autre affection médicale (p.ex. Hypothyroïdie).
- Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement sociale ou dans d'autres domaines importants

7-4)-Trouble dépressif induit par une substance/un médicament

Les critères diagnostiques sont : (DSM-V, 2015 : p, 227).

- A- Une perturbation au premier et persistante domine le tableau clinique et est caractérisée par une humeur dépressive ou une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes les activités
- B- Les antécédents, l'examen physique ou les résultats des examens complémentaires montrent clairement la présence de (1) et de (2) à la fois :

1 – Les symptômes du critère A se sont développés pendant ou peu après une intoxication par une substance ou un sevrage ou après l'exposition à un médicament.

2-La substance/ le médicament en question d'induire les symptômes du critère A.

- C- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif non induit par une substance/ le médicament. Les éléments suivants sont à prendre en compte pour montrer que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un trouble dépressif indépendant :

La survenue des symptômes a précédé le début de la prise de la substance/ du médicament, les symptômes ont persisté pendant une période de temps conséquente (p.ex. Environ 1 mois) après la fin d'un sevrage aiguë ou d'une intoxication grave, ou bien, d'autres signes évoquent l'existence indépendante d'un trouble dépressif indépendant non induit par une substance/ un médicament (p.ex. des antécédents d'épisodes dépressifs récurrents non induits par une substance/ un médicament).

- D- La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un état confusionnel (delirium).
- E- Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

7-5)-Trouble dépressif dû à une autre affection médicale

Les critères diagnostiques sont les suivants : (DSM-V, 2015 : p, 227).

- Période prononcée et persistante pendant laquelle une humeur dépressive ou une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, domine le tableau clinique.
- Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires montrent clairement que la perturbation est la conséquence physiopathologique directe d'une autre affection médicale.
- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p ex. Un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive en réponse au stress lié à une affection médicale grave).
- La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un état confusionnel (delirium)
- Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

7-6)-Le trouble dépressif spécifié

Cette catégorie comprend des tableaux cliniques où prédominent des symptômes caractéristiques d'un trouble dépressif qui provoquent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais qui ne remplissent complètement les critères d'aucune classe diagnostique de trouble dépressif. La catégorie « autre trouble dépressif spécifié »est utilisée dans les situations où le clinicien choisit de donner la raison spécifique pour laquelle le trouble remplit les critères d'aucun trouble dépressif spécifique. Cela se fait en notant « autre trouble dépressif spécifié » suivi de la raison spécifique (p.ex. «Épisode dépressif de courte durée »). Des exemples de troubles pour lesquels pour être utilisée la classification d' « autre trouble dépressif spécifié » figurent ci-dessous : (DSM-V, 2015 : p, 227).

- **Dépression récurrente brève :** présence simultané d'une humeur dépressive et d'au moins quatre autres symptômes dépressifs pendant 2 à 13 jours au moins une fois par mois (non associé au cycle menstruel) pendant au moins 12 mois consécutif chez une personne qui n'a jamais présenté un tableau clinique répondant aux critères d'un autre mois (non associé au cycle menstruel) pendant au moins 12 mois consécutif chez une personne qui n'a jamais

présenté un tableau clinique répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne répond pas actuellement aux critères (complets ou résiduels) d'un trouble psychotique.

- **Épisode dépressif de courte durée (4 – 13 jours)** : présence d'un affect dépressif et d'au moins quatre des huit autres symptômes d'un épisode dépressif caractérisé associé à une détresse ou un handicap cliniquement significatifs et persistant pendant plus de 4 jours, mais moins de 14 jours, chez une personne qui n'a jamais présenté un tableau clinique répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne répond pas actuellement aux critères (complets ou résiduels) d'un trouble psychotique ni à ceux d'une dépression récurrente brève.
- **Épisode dépressif avec symptômes insuffisants** : présence d'un affect dépressif et d'au moins un des huit autres symptômes d'un épisode dépressif caractérisé et associé à une détresse ou à un handicap cliniquement significatifs et persistants pendant au moins 2 semaines chez un sujet qui n'a jamais un tableau répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne répond pas actuellement aux critères (complets ou résiduels) d'un trouble psychotique ni à ceux d'un trouble mixte anxiété-dépression

7-7)-Le trouble dépressif non spécifié

Cette catégorie comprend des tableaux cliniques où prédominent des symptômes caractéristiques d'un trouble dépressif qui provoquent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, -professionnel ou dans d'autres domaines important mais qui ne répondent complètement aux critères d'une classe diagnostique de trouble dépressif la catégorie « trouble dépressif non spécifié » est utilisée dans les situations où le clinicien choisit de ne pas spécifier la raison pour laquelle les critères ne correspondent pas à un trouble dépressif spécifique, et inclut les troubles pour lesquels les informations sont insuffisantes pour porter un diagnostic plus spécifique (p.ex. dans les services d'urgence). (DSM-V, 2015 : p, 227).

8-Diagnostic différentiel

L'anxiété est un sentiment d'attente d'un danger à venir, alors que la dépression est tournée vers le passé ; dans la pratique l'anxiété et son cortège de troubles somatique ne doivent pas être confondus avec les troubles somatique et l'anxiété de la dépression, car le traitement uniquement anxiolytique serait insuffisant ; d'où la valeur de la perte récente des intérêts, du rendement et des plaisirs. La tristesse normale et les deuils « non compliqués » avec l'absence de la perte de l'estime de soi constituent deux autres diagnostiques différentiels. (Godfryd, 1994 : p, 44).

9-Les modèles explicatifs

Chaque approche théorique apporte un éclairage pertinent sur la dépression, il est plus difficile d'imaginer une intégration prochaine des différents modèles en un seul modèle global.

9-1-Le modèle ethnopsychiatris

Il met l'accent sur les expressions différentes de la dépression selon la culture à laquelle le patient appartient. Cette approche a permis de voir que dans des cultures non occidentales le vécu dépressif peut revêtir une forme déconcertante aux yeux des occidentaux, la persécution. Ce constat amène à envisager des caractéristiques différentes dans l'organisation de la personnalité. En rapport elle-même avec les caractéristiques familiales. Sociale et religieuses de la culture considérée. (Pewzner.2000 :p,94).

9-2-Le modèle psychanalytique

La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par Freud dans « deuil et mélancolie » en 1916, alors qu'Abraham travaillait aussi sur ce sujet. Pour Freud, la mélancolie est bien le deuil d'un objet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Mais, à la différence de ce qui se passe dans le deuil normal, qui se résout par un déplacement de la libido vers de nouveaux objets, celle-ci se replie sur le Moi du mélancolique. Une partie du Moi, identifié à l'objet perdu, est dès lors en butte à la critique de l'autre partie du Moi. L'état maniaque est conçu par Freud comme une défense contre la perte d'objet, par la recherche désordonnée de nouveaux objets à investir. (Besançon, 2005 : p, 57).

Les travaux sur la dépression de Karl Abraham (1911) sont antérieurs à ceux de Freud. Ils stipulent que le moteur de la dépression viendrait des « des dispositions nerveuses » du sujet. Le dépressif est un individu incapable d'aimer autrui tout en ressentant une culpabilité certaine à ne pouvoir l'aimer : ses tendances sadiques sont retournées contre lui-même. Pour Karl Abraham le mélancolique possède « un sadisme refoulé dans l'inconscient » et se satisfait de sa situation car il « tire son plaisir de ses souffrances ». Pour aborder la thématique des dépressions en 1916, K. Abraham va s'appuyer sur la compréhension de patients souffrant de mal être pour étayer ses réflexions. Il y constate des déceptions précoce dans la relation de l'enfant avec ses parents. Ces événements, liés à l'évolution prégénitale, influencent et déterminent le dépassée au niveau oedipien, fera revivre et stimulera par renforcement de façon régressive des conflits prégénitaux non résolus qui enclencheront ainsi une réponse dépressive répétitive. La dépression prend naissance et se développe autour des problèmes narcissiques d'origine orale, le dépressif en dépendra par le biais excessif de la gratification orale-narcissique étayée par un objet extérieur. Les contributions de Karl Abraham à ce propos permettront d'aller plus en avant dans la compréhension

de ces troubles dits de l'humeur grâce aux travaux de Freud qui, dans ce domaine, restent un référentiel majeur dans la compréhension de la dépression du point de vue psychanalytique. (Pedinielli, 2005 : pp, 77-78).

9-3- Le modèle cognitive comportementale

Le modèle cognitif de la dépression repose sur l'observation d'une altération du traitement de l'information chez le sujet déprimé. Le décalage cognitif permet l'émergence de la pensée dépressive par un traitement faible de la réalité. L'inférence arbitraire est la plus fréquente de la distorsion cognitive décrite chez les déprimés un autre point elle entraîne un jugement fossé par l'interprétation hâtive négative et arbitraire d'événement de la réalité. L'abstraction élective admet aux déprimés d'extraire et de concentrer son attention sur des points négatifs de son existence quotidienne qui concerne des éléments positifs de la réalité. La maximalisation et la minimisation entière ce procédé cognitif en augmentant l'importance des expériences négatives et en minimisant les expériences positives. L'ensemble de ces troubles cognitifs entraînent une perception de soi, de l'environnement et de temps figé dans une perspective négative, constitutif la triade cognitive exposée par Beck cliniquement, l'incapacité à se projeter dans l'avenir, l'anticipation douloureuse des événements à venir, les sentiments d'ennui expliquent une anormalité de la perception du temps vécu. Des événements « gouffre » prennent le sujet de façon morbide et semble encourager la suspension du temps réel. La vision négative du soi et la perte de l'estime de soi s'exprime par une auto dévalorisation, une auto accusation et une culpabilité inadaptée. Elles sont associées à une vision négative de l'environnement éprouvé comme inutile insécurisant, voir hostile. (Levy, 1998 : p, 2).

10- Traitement et prise en charge de la dépression

10-1-Les thérapies cognitivo-comportementalistes

La thérapie cognitive émet l'hypothèse que le facteur déclenchant de la dépression est la perturbation des processus qui agissent en transformation les informations reçus en représentations mentales. C'est une thérapie à court terme qui s'intéresse exclusivement au comportement présent du sujet déprimé en y insufflant un travail de modification des contenus dépressogènes du schéma de représentation mentale du sujet. Le but à atteindre est d'améliorer positivement les symptômes présents de la dépression immédiatement et instantanément au vu de la situation vécue au présent. Le but atteint doit se traduire par une prise de conscience des pensées négatives que le sujet a engrangées et que ce dernier y substitue des pensées conformes à réalité environnante par l'intermédiaire d'interprétations plus réalistes et adéquates aux situations vécues et à venir. (Pedinielli, 2005 : p, 121).

Selon Beck, ces images et représentations se définissent par une trilogie : le sujet, son environnement et son avenir. Le sujet tout d'abord se perçoit et s'estime comme inconsistant, incapable et sans valeur « je ne vaut rien », de là son milieu socioprofessionnel et familial lui paraît incompréhensible et loin de ses préoccupations présentes « tout va mal », quant à ses projets et leurs constructions sont dans une impasse insurmontable « le futur est sans espoir ». (Pedinielli. Bernoussi, 2005 : pp, 117-118).

Selon Nevid (2009), dans son livre intitulé « psychopathologie » a proposé des traitements et une prise en charge de la dépression qu'on peut les considérer efficaces et qui sont les suivants. (Nevid, 2009: p ,180).

- Les médicaments antidépresseurs (tricycliques ou inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine).
- Traitement psychothérapeutique : thérapie cognitive, thérapie comportementale.
- Une combinaison d'un médicament antidépresseur et l'une des formes de psychothérapie citées.
- D'autres formes de traitement spécifiées, y compris la photothérapie pour dépression saisonnière. Dans tous les cas, il faut établir les critères de guérison acceptables pour le patient et pour le thérapeute
- **Thérapie individuelle** : Cette thérapie n'implique que le patient et son psychologue, le thérapeute identifie avec le patient les situations responsables de sentiment négatif et dépressif et l'aide à y substituer des pensées positives réalistes, tout en reconnaissant l'authenticité de l'affect dépressif. La qualité de la relation médecin-patient est essentielle au succès de la prise en charge.
- **Thérapie de groupe** : Deux patients ou plus participent à la thérapie en même temps. Les patients peuvent alors partager leurs expériences et leurs sentiments.

10-2- La thérapie analytique

La psychothérapie spécialisée d'inspiration psychanalytique est du ressort du spécialiste. Son indication ne peut être valablement portée que par un psychiatre, puis par le psychothérapeute lui-même. L'indication est fonction de la structure psychique sous-jacente. Elle intéresse essentiellement les structures névrotiques organisées (névroses hystérophobique et névroses obsessionnelles). La spécificité du traitement de dépression réside dans l'intérêt porté aux comportements et aux émotions. Le thérapeute est actif, interprétant le transfert et ses relations avec le conflit actuel. La clarification porte sur le passé, le présent et la relation transférentielle. L'inhibition du déprimé n'est pas très favorable à la liberté des associations, et il vaut souvent attendre une rémission pour entreprendre une cure analytique. Rappelons aussi que les résultats de l'analyse sur les symptômes ne sont pas toujours très bons. (Hanus et Louis, 2010 : p.34).

Synthèse

La dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par une tristesse profonde et persistante. Elle affecte les pensées, les émotions et le comportement, rendant difficile de mener une vie normale. Les personnes dépressives peuvent ressentir un sentiment de vide, de culpabilité, une perte d'intérêt pour les activités qu'elles appréciaient auparavant, des troubles du sommeil et de l'appétit. Cette maladie peut avoir des conséquences importantes sur la vie sociale, professionnelle et personnelle. La dépression n'est pas une faiblesse personnelle, mais une maladie qui peut toucher n'importe qui. La dépression est une maladie complexe qui touche la santé mentale, émotionnelle et physique. Elle ne se limite pas à une simple tristesse passagère, mais constitue une véritable condition médicale nécessitant une prise en charge adaptée.

Chapitre III

L'hypertension artérielle

Préambule

L'hypertension artérielle est une maladie courante qui nécessite une attention particulière. La prévention, le dépistage et le traitement sont essentiels pour maintenir une bonne santé cardiovasculaire.

L'hypertension artérielle (HTA) constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde. Souvent qualifiée de "tueur silencieux", cette pathologie se caractérise par une élévation persistante de la pression du sang dans les artères, sans nécessairement présenter de symptômes apparents. Si elle n'est pas diagnostiquée et traitée à temps, elle peut entraîner de graves complications cardiovasculaires, rénales ou cérébrales. En raison de sa prévalence croissante, notamment liée au vieillissement de la population, aux modes de vie sédentaires et à une alimentation déséquilibrée, l'hypertension représente un enjeu majeur pour les systèmes de santé.

Ce chapitre explore l'hypertension artérielle sous plusieurs dimensions. D'abord, il s'agira d'aborder les aspects médicaux, notamment à travers sa définition, sa classification, les facteurs de risque, les causes. Ensuite, souligner l'importance d'une prise en charge globale et multidisciplinaire, incluant à la fois un traitement physique et psychologique, pour une gestion optimale de l'hypertension artérielle.

1-Définition de l'hypertension artérielle

Selon la petite rousse l'hypertension artérielle est définie comme : « une élévation anormale, permanente ou paroxystique de la tension artérielle au repos, la pression sanguine s'élève normalement en réponse à l'activité physique , l'hypertension artérielle (HAT) apparaît lorsque au repos les chiffres dépassent 14 centimètre de mercure pour la pression maximale ou systolique et 9 centimètre pour la pression minimale , ou diastolique , il n'existe pas d'hypertension lorsque le chiffre de la pression minimale est inférieure à 9 par ailleurs ces seuils peuvent être dépassés chez une personne âgée, a l'inverse chez un enfant, ces chiffres sont inférieure» (Wainsten,2022:p35)

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'hypertension artérielle quand les valeurs attentionnelles restent de façon permanente supérieure ou égale à 140 mm hg pour la systolique et 90mmhg pour la diastolique. Ces valeurs doivent être retrouvées à plusieurs consultations au moins 03 consultations différentes (02 mesures à chaque consultation). (OMS, 2023)

L'hypertension artérielle est définie par une valeur de pression artérielle (PA) supérieure ou égale à 140 mmHg pour la pression artérielle systolique (PAS) et / ou supérieure ou égale 90mmHg pour la pression artérielle diastolique , la définition de l'hypertension artérielle est considérée

comme indépendante de l'âge. L'organisation mondiale de la santé et d'autre organisme définissent plusieurs grades dans les valeurs et pathologique (Bentounés et Safar, 2011).

La pression artérielle correspond à la pression du sang dans les artères. On parle aussi de tension artérielle, car cette pression est aussi la force exercée par le sang sur la paroi des artères, elle tend la paroi de l'artère, la « tension » résulte de la « pression » et de l'élasticité de la paroi.(Bouafia,2004).

Elle est exprimée par 2 mesures: (Bouafia, 2004).

-La pression maximale au moment de la contraction du cœur (systole), elle est entre 90 et 140 mmhg.

-La pression minimale au moment du « relâchement » du cœur (diastole). Elle est entre 60 et 90 mmhg.

2- Les concepts clés de l'hypertension artérielle

2-1-La santé

Selon le dictionnaire médical, « la santé est un état normale des fonctions organiques et psychique»

L'organisation mondiale de la santé, (OMS) définit la santé comme étant « état complète de bien être psychique, mentale et sociale et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou infirmité ». (Quevauvilliers, 2007)

2-2- La maladie

La maladie se définit comme étant « tout altération de l'état de santé traduisant habituellement de façon subjective par des sensation anomalies » (Quevauvilliers, 2007)

2-3- La maladie chronique

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) les maladies chroniques sont «des affections de longue durée qui en règle générale évoluent lentement responsable de 60% des décès, les maladies chroniques sont la toute première cause de mortalité dans le monde » (OMS, 2005) Une maladie chronique est une maladie longue durée caractérisée par des modes évolutifs différents et des exigences thérapeutique plus au moins contraignantes. (Bouche, 2004)

La maladie chronique, renvoie à des affections très différentes, voire complètement incomparable certaines : sont mortelle (cancer) , d'autre part (psoriasis) certains sont Stigmatisées (parkinson) d'autre demeurent invisible (affections cardio-vasculaires) certaines sont incapacitantes (polyarthrite), d'autre , ne le sont pas (eczéma) certains peuvent bénéficier d'un traitement efficace (diabète), d'autres disposent d'aucun (sclérose en plaques). (Douget, 2000)

3-Les classifications de l'hypertension artérielle

On a trois degrés de gravités de l'hypertension sont distingués : (Fondation Suisse de Cardiologie, 2009)

✓ **Hypertension légère** : valeur systolique de 140 à 159mmHg ou valeur diastolique de 90 à 99mmHg

✓ **Hypertension modérée** : valeur systolique de 160 à 179mmHg et valeur diastolique de 100 à 109mmHg.

✓ **Hypertension sévère** : valeur systolique 180mmHg et plus et valeur diastolique de 110mmHg
L'hypertension artérielle se développe la plupart du temps lentement, sans que les intéressés ne remarquent quoi que ce soit. La plupart des gens atteints d'hypertension ne présente aucun symptôme ou trouble quelconque. Et n'est qu'en de valeurs très élevées que l'on peut constater quelques maux de tête, trouble visuels, vertiges, fatigabilité ou bourdonnements d'oreilles, signes que quelque chose ne va pas bien. Mais ces symptômes peuvent aussi bien être mis sur le compte d'autres causes que l'hypertension (Fondation Suisse de Cardiologie, 2009).

4-Les Principaux facteurs de l'hypertension artérielle

Chez plus de 90% des patients atteints d'hypertension artérielle, la cause de leur mal est inconnue. On parle alors d'hypertension essentielle ou primaire. On parle alors d'hypertension essentielle ou primaire. Chez la plupart des patients, de multiples facteurs se conjuguent pour perturber la régulation de la tension artérielle et engendre une hypertension essentielle. Parmi les facteurs de risque les plus importants l'âge et les prédispositions héréditaire, des facteurs qu'il est malheureusement impossible de modifier. Chez beaucoup de personnes, la tension artérielle a tendance à monter à partir de l'âge de 35 ans ; chez la femme, ce n'est souvent qu'après la cinquantaine avec le début de la ménopause. Les facteurs de risque liés au monde de vie exercent aussi une influence mais, en revanche, nous avons la possibilité à notre tour de les influencer si nous voulons : il s'agit du surpoids, d'une alimentation incluant une trop forte consommation de sel et d'alcool, du manque d'activités physiques, du stress ou de certains médicaments (par exemple la pilule anticonceptionnelle), tous facteurs qui jouent aussi sur la régulation naturelle de la tension artérielle et contribuent à la faire grimper. (Fondation Suisse de Cardiologie, 2009)

Chez un patient sur vingt seulement, il est possible d'identifier une cause précise à son hypertension, par exemple certaines maladies, des troubles de la rénale ou des perturbations hormonales. On parle alors d'hypertension secondaire. Le fait de traiter la maladie causale, par exemple l'intervention chirurgicale sur une sténose (rétrécissement) de l'artère rénale permet souvent de supprimer aussi l'hypertension associée. L'hypertension artérielle peut apparaître de manière parfois brutale, alors que vous avez eu des chiffres normaux pendant toute votre vie. Dans la plupart des cas, l'hypertension n'a pas une seule cause directe. Elle est liée à plusieurs facteurs, dont certains sur lesquels on ne peut pas agir. . (Fondation Suisse de Cardiologie, 2009)

L'hypertension artérielle, souvent appelée « tueur silencieux », est une affection courante où la pression du sang dans les artères est constamment élevée. Les causes peuvent être multiples et variées.

- ✓ **Les maladies rénales :** insuffisance rénale, rétrécissement de l'artère rénale, qui déclenchent la sécrétion par le rein d'une substance hypertensive, la rénine.
- ✓ **Les maladies des glandes surrénales :** maladie de cushing (sécrétion trop importante de cortisone), maladie de Conn (sécrétion trop importante d'aldostérone), phéochromocytome (sécrétion trop importante d'adrénaline et substances similaires).
- ✓ L'absorption en trop grande quantité de réglisse, qui contient une substance hypertensive.
- ✓ Le rétrécissement de l'aorte (coarctation) qui crée un obstacle et provoque une augmentation de la pression en amont.

Dans la majorité des cas, la cause de l'hypertension artérielle est inconnue. On parle d'HTA “idiopathique”. On sait qu'il y a un partage presque égal de responsabilités entre l'héritage et l'environnement (mode de vie). Globalement, la pression intra-artérielle et ses variations, résultent d'une interaction entre le volume de sang et la capacité des artères à contenir et faire progresser ce volume.

Entre certaines limites, les artères sont élastiques, et peuvent se dilater lors d'une augmentation du volume sanguin en maintenant une pression constante.

A l'inverse, les mêmes artères peuvent se contracter (la paroi des artères contient des muscles) sous l'influence de facteurs neurologiques (système nerveux sympathique) ou sous l'influence de substances sécrétées par l'organisme comme l'adrénaline.

Il est bien évident qu'avec l'âge les artères perdent de leur élasticité. Quant aux phénomènes de volume sanguin, ils sont centrés sur l'activité des reins qui sous l'influence de substances comme l'aldostérone, éliminent moins d'eau et gardent des ions qui retiennent l'eau (comme l'ion sodium). (Sur le site <http://www.Ces pharm.com>)

Les principaux facteurs de risques qui peuvent être associés à l'hypertension artérielle sont :

Facteurs de risque cardiovasculaire : C'est le plus grave des facteurs de risques cardiovasculaires avec 7 millions de décès par an dans le monde (OMS ,2002).

L'augmentation du risque de morbidité-mortalités cardiovasculaire est directement liée à l'élévation de pression artérielle selon une relation continue, à partir de 115/75 mm Hg.

La diminution du chiffre tensionnel entraîne une réduction du risque relatif d'événements CV.

Au-delà de 60ans, la pression artérielle systolique (PAS) est un facteur pronostique du risque cardiovasculaire plus important que la pression artérielle diastolique (PAD), d'autant plus chez les sujets plus âgés. Cette relation continue entre le niveau de PA et le risque cardiovasculaire ne permet pas de déterminer un seuil précis d'HTA.

Antécédents familiaux d'accident cardiovasculaire précoce : avant 55 ans chez l'homme et 65 ans chez la femme (infarctus du myocarde, mort subite, accident vasculaire cérébral). (ATIAS, 2014, p 44)

5-Les Symptômes de l'hypertension artérielle

L'HTA non compliquée est parfaitement asymptomatique. Elle peut entraîner des symptômes peu spécifiquement, notamment en cas d'HTA sévère, et être découverte à cette occasion en consultation : (ATIAS, 2014, p 44)

- ✓ Épistaxis.
- ✓ Acouphènes, vertiges.
- ✓ Céphalées, le plus souvent occipitales, matinales, cédant au cours de la matinée.
- ✓ Fatigabilité, asthénie

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) les symptômes sont les suivants (OMS, 2023).

- ✓ **Maux de tête persistants** : Les personnes souffrant d'hypertension peuvent ressentir des maux de tête fréquents, souvent localisés à l'arrière de la tête (nuque), surtout le matin au réveil. Ces céphalées sont dues à la pression excessive exercée sur les vaisseaux sanguins du cerveau.
- ✓ **Vertiges et étourdissements** : Une pression artérielle élevée peut perturber la circulation sanguine vers le cerveau, entraînant des vertiges, des sensations de tête légère ou d'instabilité.
- ✓ **Troubles visuels** : L'HTA peut affecter les petits vaisseaux sanguins de la rétine. Cela peut provoquer : Vision floue ; Points lumineux ou taches dans le champ de vision ; Perte temporaire de la vision dans des cas graves
- ✓ **Palpitations** : Des battements de cœur irréguliers ou rapides peuvent apparaître. Le cœur doit souvent travailler plus fort pour pomper le sang contre une pression élevée, ce qui entraîne ces sensations.
- ✓ **Essoufflement** : L'hypertension peut provoquer un essoufflement, surtout à l'effort, si elle affecte le bon fonctionnement du cœur ou si elle évolue vers une insuffisance cardiaque.
- ✓ **Fatigue générale** : Une sensation de fatigue ou de baisse d'énergie peut apparaître, surtout lorsque l'hypertension commence à affecter les organes vitaux (cœur, reins).
- ✓ **Saignements de nez fréquents** : Bien que rares, des saignements de nez répétés peuvent survenir lorsque la pression artérielle est très élevée et que les vaisseaux dans le nez deviennent fragiles.

- ✓ **Bourdonnements d'oreilles (acouphènes)** : Certaines personnes signalent des bourdonnements ou des sons dans les oreilles. Cela peut être lié à des perturbations dans le flux sanguin cérébral.
- ✓ **Douleur thoracique** : Dans les cas les plus graves, l'hypertension peut causer une douleur au niveau du thorax, signe possible d'atteinte cardiaque. Cela peut indiquer un infarctus ou une insuffisance cardiaque. (OMS ,2023).

6-Mesure de la pression artérielle

6-1- Pression artérielle de consultation

❖ L'appareil

Le tensiomètre utilisé dans la mesure de la (PA) est composé d'un brassard muni d'un manchon gonflable, relié à un manomètre. Au cabinet de consultation on utilise un sphygmomanomètre à mercure. L'usage de cet appareil demande quelque condition : (La Recommandation ESH, 2007)

- La colonne de mercure doit être verticale
- Il ne doit pas y avoir de dépôt de mercure
- Le niveau du mercure doit être au zéro avant gonflage
- Le brassard; la poche gonflable; la valve doivent être en bon état.
- La taille du brassard doit être impérativement adaptée à la taille du bras du patient pour obtenir une mesure fiable.

❖ Conditions de mesure

Lors de mesure de la pression artérielle on doit suivre les règles suivantes. (La Recommandation ESH, 2007)

- Le patient doit être assis depuis plusieurs minutes (plus de 5 min) dans une chambre calme avant de commencer la mesure.
- Utilise un brassard standard (12, 13 cm de longueur et 35 cm de largeur) mais disposer des brassards plus grand et plus petit pour les bras gros et minces respectivement, utiliser le brassard le plus petit pour l'enfant.
- Le brassard doit être au niveau de cœur quel que soit la position de patient.
- Pratique au moins deux mesures a1-2minutes d'intervalle et répète les mesures si les 2 premières sont très différentes.
- Lors de la première consultation mesure la PA aux 2 bras pour dépiste de possible différence liée aux pathologies vasculaire dans ce cas garder la valeur la plus élevée.

6-2- Les techniques de mesure

Le brassard gonflée interrompt le passage du sang dans l'artère humérale le médecin pose son stéthoscope sur l'artère, en aval de brassard qu'il dégonfle progressivement. Lorsque la pression de l'artère du brassard est supérieure à la PAS, le sang ne s'écoule pas et aucun son ni audible ; lorsque la pression du brassard diminue le sang commence à passer dans l'artère et fait vibrer les parois comprimées par l'appareil.

Chaque battement cardiaque entraîne un bruit et la pression enregistrée au moment de ce bruit correspond à PAS lorsque le brassard continue à se dégonfle et la pression exercée par le brassard devient inférieure à celle provoquée par l'écoulement sanguin les bruits s'arrêtent c'est la PAD.

-Actuellement les mesures ambulatoires de la PA (MAPA) et auto mesure à domicile de la pression artérielle tendent à se développer et permettent de mieux diagnostiquer HTA (évite l'effet de la blouse blanche) (La Recommandation ESH ,2007)

6-3- Mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA)

La MAPA améliore la prédition du risque cardiovasculaire, est mieux corrélée à l'atteinte des organes cibles et évalue mieux la réduction de pression sous traitement .La MAPA doit être faite sur 24 heures et correspondre à une période d'activité habituelle.

Le brassard doit être adapté à la taille du bras. Il est important que le déroulement de l'examen soit expliqué au patient. Celui-ci doit recevoir un journal d'activité servant à consigner les heures réelles du coucher et du lever, éventuellement les heures de prise de médicaments ou l'horaire d'apparition d'un symptôme. Il est recommandé de procéder à des mesures suffisamment rapprochées, soit une mesure toutes les 15 minutes pendant la période diurne et toutes les 30 minutes pendant la période nocturne. Les limites supérieures des valeurs normales sont fixées à 130–135/85 mmHg en période de jour, 120–70 mmHg en période de nuit, et 125–130/80 mmHg sur 24h. (La Recommandation ESH, 2007). La MAPA est à demander en cas :

- ✓ De variabilité inhabituelle de la mesure de PA au cabinet
- ✓ Des différences marquent entre des mesures de PA au cabinet et auto mesure de PA élevée au cabinet sans atteinte des organes cible
- ✓ De résistance au traitement antihypertenseurs. (La Recommandation ESH, 2007)

6-4- Automesure à domicile

L'auto mesure tensionnelle à domicile (mesure de la PA par le sujet lui-même) améliore également la prédition du risque cardiovasculaire, est mieux corrélée à l'atteinte des organes cibles et améliore l'adhésion du patient à son traitement.

Il faut utiliser un appareil validé semi-automatique et éviter la mesure au poignet. Une éducation du patient est nécessaire. Outre l'apprentissage du maniement de l'appareil, il faut indiquer la chronologie des mesures et les conditions de la mesure (au calme, assis, réalisation d'une première mesure, (notée par écrit ou éditée). Selon l'objectif poursuivi, les mesures sont faites au lever, avant le dîner, au coucher.

Les limites supérieures des valeurs normales sont fixées à 130–135/85 mmHg (La Recommandation ESH, 2007)

7- Le diagnostic de L'hypertension artérielle

Le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) propose une démarche systématique pour poser le diagnostic d'hypertension Chez les patients présentant une urgence ou une crise hypertensive, une prise en charge immédiate, incluant une évaluation complète, est indiquée .Il existe trois (3) catégories de patients :

- ✓ Les patients présentent généralement une pression artérielle d'au moins 180/110 mm Hg (fréquemment au-delà de 210/120 mm Hg) accompagnée de symptômes de douleur thoracique, de dyspnée ou de céphalée associée à des manifestations neurologiques qui suggèrent une complication aigue ou imminente au niveau des organes cibles. Ces patients doivent généralement être référés immédiatement à l'urgence de l'hôpital le plus près.
- ✓ Chez les patients présentant une des caractéristiques suivantes : atteinte des organes cibles non aigue ou non imminente, maladie rénale chronique, diabète ou pression artérielle d'au moins 180/110 mm Hg, le diagnostic d'hypertension peut être posé à la deuxième visite d'évaluation.
- ✓ Chez les autres patients, ceux chez qui la pression artérielle se situe entre 140/90 mm Hg et 179/109 mm Hg, le diagnostic sera porté lors des visites subséquentes : au troisième si la pression est égale ou supérieure à 180/100 mm Hg, à la cinquième, si la pression est égale ou supérieure à 140/90 mm Hg. Une fois le diagnostic posé, le PECH prévoit les visites de suivi. (Sur le site: <http://www.hypertension.québécoise.com>)

8-La prise en charge thérapeutique du patient hypertendu

La prise en charge thérapeutique a pour but de réduire la mortalité et l'incidence d'évènements cardiovasculaires ainsi que de préserver la fonction rénale. L'initiation du traitement antihypertenseur est basée sur deux critères :(Masson, 2007)

- ✓ Niveau de la pression artérielle systolique et diastolique.
- ✓ Niveau du risque cardiovasculaire global du patient.

La prise en charge thérapeutique comporte les mesures hygiéno-diététiques, le traitement antihypertenseur pharmacologique ainsi que la correction des facteurs de risque cardiovasculaire associés ainsi que le traitement des maladies cardiovasculaires et rénales associées.

8-1- Bilan initial

Les examens complémentaires recommandés dans le cadre de ce bilan initial sont: (Masson, 2007)

- ✓ Créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire
- ✓ Recherche d'une protéinurie et d'une hématurie à l'aide de bandelettes réactives urinaires
- ✓ Kaliémie
- ✓ prélèvements à jeun : glycémie, cholestérol total et HDL-cholestérol, triglycérides, calcul du LDL-cholestérol
- ✓ Électrocardiogramme de repos.

8-2- Mesures hygiéno-diététiques

Les mesures hygiéno-diététiques devraient être instaurées chez tous les patients, y compris ceux avec une pression artérielle normale haute. Elles comportent : (Masson 2007)

- ✓ Une réduction de l'apport sodé (< 6 g de sel/j)
- ✓ Une réduction de la surcharge pondérale (poids idéal défini par l'index de masse corporelle < 25 kg/m²)
- ✓ Un arrêt du tabagisme
- ✓ Une promotion de l'activité physique (30-45 min d'une activité isotonique [jogging, natation] 3 fois par semaine)
- ✓ Une réduction de la consommation de l'alcool (< 3 verres de vin/j chez l'homme, < 2 verres/j chez la femme)
- ✓ un régime alimentaire riche en fruits et légumes et pauvre en graisses saturées.

8-3- Objectif tensionnel

L'objectif tensionnel est une PA < 140/90 mm Hg, mais chez l'hypertendu diabétique et/ou l'insuffisant rénal, il est recommandé d'atteindre un niveau tensionnel < 130/80 mm Hg, et en cas d'une protéinurie > 1 g/24 h associée, un niveau de < 125/ 75 mm Hg. Il faut noter qu'en utilisant l'auto mesure ou la MAPA pour l'évaluation de l'efficacité du traitement, ces valeurs-cibles sont en moyenne de 5-15 mm Hg plus basses pour la pression artérielle systolique(PAS) et de 5-10 mm Hg plus basses pour la pression artérielle diastolique (PAD). (Masson, 2007)

9- Le Traitement de l'hypertension artérielle**9-1- Traitements médicamenteux**

Il y a en France plus de 100 spécialités pharmaceutiques, reparties en 6 classes principales, destinées au traitement de l'HTA. Dans l'ordre d'apparition sur la marche, ce sont : (EMC, 1772).

- ✓ Les diurétiques.
- ✓ Les antihypertenseurs centraux.
- ✓ Les vasodilatateurs.
- ✓ Les bétabloquants.
- ✓ Les alpha-bloquants.
- ✓ Les inhibiteurs des canaux calciques (Inhibiteur des canaux calciques).
- ✓ Les antagonistes du Système rénine angiotensine.

Ils ont repartis en Inhibiteur de l'enzyme de conversion, Antagoniste des récepteurs de l'Ang II et plus récemment inhibiteurs de la rénine. Ces produits sont mis sur la marche à des doses choisies pour entraîner une baisse similaire de la PA. Ils sont donc équivalents sur le plan tensionnel dans la population générale des hypertendus. Il est actuellement démontré que la réduction du risque cardiovasculaire est avant tout dépendante de la baisse de la PA, quelle que soit la classe d'antihypertenseurs utilisée parmi les 4 classes principales que sont les diurétiques, les bétabloquants, les ICC et les inhibiteurs du SRA. (EMC, 1772).

9-2- Traitements non médicamenteux

Pendant la période de surveillance préalable à la décision de prescrire un médicament, un ou plusieurs traitements non médicamenteux sont institués en fonction des caractéristiques et des habitudes alimentaires de l'individu concerné : (EMC, 1772).

- ✓ Réduction du poids et des apports en alcool.
- ✓ augmentation de l'exercice physique.
- ✓ Réduction des apports en sel (5-6 g/j) ou recours à une technique de relaxation.

Ces traitements ont un effet modeste sur la pression artérielle (PA), notamment le dernier dont l'apport n'apparaît pas significatif dans les essais contrôlés publiés. Ils ont en revanche des avantages en termes de qualité de vie ou de prévention cardiovasculaire et permettent souvent d'alléger le traitement. Il faut donc encourager le patient à les poursuivre, même si la décision finale est de prescrire un traitement médicamenteux.

Synthèse

L'hypertension artérielle (HTA) est une maladie chronique fréquente qui constitue un important facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et les atteintes rénales. Souvent silencieuse, elle peut passer inaperçue si elle n'est pas dépistée régulièrement. Ses causes sont multiples, combinant des facteurs génétiques, environnementaux et liés au mode de vie, comme une alimentation trop riche en sel, une sédentarité ou le stress. La prise en charge repose d'abord sur des mesures hygiéno-diététiques, telles qu'une alimentation équilibrée, une activité physique régulière et l'arrêt du tabac. En cas d'inefficacité, des traitements médicamenteux sont nécessaires pour contrôler la pression artérielle. Un suivi médical rigoureux et une bonne observance permettent de prévenir les complications et d'améliorer la qualité de vie.

Partie Pratique

Chapitre IV

La méthodologie

de la recherche

Préambule

La méthodologie désigne l'ensemble des démarches, des méthodes et des techniques utilisées pour atteindre un objectif précis, qu'il s'agisse de résoudre un problème, de mener une recherche ou de réaliser un projet. Elle englobe la manière dont les informations sont collectées, analysées et interprétées, ainsi que la façon dont les résultats sont présentés.

Ce chapitre, présente la méthode sur laquelle on s'est appuyé, ainsi que, les outils qu'on a utilisés, la population d'étude et le terrain où on a mené notre recherche.

1. Le déroulement la recherche

1.1. La pré-enquête

La pré-enquête, également appelée enquête exploratoire, est une étape préparatoire dans le cadre d'un travail de recherche. Elle a pour principal objectif de mieux comprendre le terrain, de tester les outils de collecte de données (comme les guides d'entretien ou les questionnaires), et de valider la faisabilité de l'enquête principale. La pré-enquête est une phase préliminaire de la recherche qui consiste à recueillir des informations initiales sur le terrain, les participants et les problématiques étudiées. Elle permet de tester les outils méthodologiques, d'ajuster les hypothèses, et de repérer les éventuelles difficultés pouvant survenir lors de l'enquête principale.

La pré enquête est une étape très importante dans l'élaboration de toute recherche scientifique c'est la première confrontation du terrain. D'après Madeleine Grawitz la pré enquête « constitue a essayé sur un échantillon réduit les instruments (entretien, questionnaire, analyse de contenu) prévus pour effectuer l'enquête, si l'on a des autres sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limite le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs ». (GRAWITZ, 2001 : p, 550).

La pré enquête est considérée comme une étape préparatoire de l'enquête, elle a pour objectif la connaissance du terrain d'étude à travers la collecte des informations et des données sur le sujet d'étude et sur une population déterminée.

La pré enquête de l'étude actuelle s'est déroulée à l'hôpital Akoul Ali à Akbou au niveau du service de médecine interne guidée par une psychologue clinicienne du 10/02/2025 à 12/02/2025. Cette pré enquête ma permis de collecter des informations d'une manière générale sur le thème de recherche.

Cette étape a permis d'établir un bon contact avec les patients qui ont donné leurs consentement et qui ont accepté de participer dans cette étude pour le partage de leur souffrance psychologique

concernant leur maladies cardiaques, ainsi on a sélectionné 3 cas avec lesquels j'ai appliqué l'échelle de dépression de Beck et quelques questions de guide de l'entretien, et j'ai utilisé un entretien semi-directif on a constaté que ces outils ont été clarifié et facile pour l'application.

1.2. L'enquête

L'enquête est une méthode de recherche qui consiste à recueillir, auprès d'un échantillon de personnes, des informations sur leurs opinions, attitudes, comportements ou caractéristiques personnelles, à l'aide d'outils comme des questionnaires ou des entretiens.

Elle permet d'explorer, de décrire ou d'expliquer un phénomène donné en s'appuyant sur des données collectées de manière systématique et analysées de façon rigoureuse.

La phase de l'enquête, autrement dit la phase exploratoire, s'est déroulée au service de médecine interne de l'EPH de Akbou, durant une période bien précise et limitée, du 20 février 2025 jusqu'au 25 mars 2025. Nous nous présentions deux fois par semaine, de 8h00 à 13h00. L'objectif bien clair était d'obtenir des données et suffisamment d'informations sur les sujets, en particulier des personnes atteintes d'hypertension artérielle associée à des troubles dépressifs.

Après avoir expliqué aux sujets notre thème, l'objectif souhaité de cette recherche, ainsi que le cadre de déroulement des entretiens, et après être mis d'accord que les informations partagées resteraient confidentielles, anonymes et préservées, nous avons obtenu leur consentement volontaire et bien éclairé. Les participants se sont montrés très motivés pour participer à cette recherche. De ce fait, nous avons bénéficié de leur collaboration et de leur participation dès le premier jour de l'enquête jusqu'au dernier.

La population de cette étude est composée de dix (10) participants, une population qui porte toutes les caractéristiques de nos critères d'inclusion. Ces dix participants sont tous atteints d'hypertension artérielle chronique, et présentent également des signes cliniques de dépression.

Dans un premier temps, nous avons utilisé un guide d'entretien clinique de recherche, bien structuré et ordonné, contenant un ensemble de questions riches et variées. Il englobe cinq axes principaux. Le premier axe est composé de questions permettant d'obtenir des informations personnelles sur les participants. Ensuite, ce même axe comprend des questions sur l'annonce du diagnostic de l'hypertension artérielle et la découverte des troubles dépressifs, ainsi que les réactions principales face à ces diagnostics.

Le deuxième axe comporte des questions sur les informations sur la vie sociale le vécu quotidien de la double pathologie (HTA et dépression), et sur les mécanismes d'adaptation. Le troisième axe est composé de questions visent à détecter d'éventuelle signes de dépression, qui sont souvent liées à des maladies chronique comme hypertension. Le quatrième axe sont des questions visent à comprendre le vécu de la maladie.

Enfin, le cinquième axe est des questions destinées à évaluer la manière dont les participants se projettent dans l'avenir malgré la maladie et la souffrance psychique.

Après avoir terminé les entretiens et recueilli un maximum de données, nous avons utilisé une échelle pour mesurer le degré de dépression des participants.

Dans un second temps, nous avons également opté pour l'échelle de Beck. Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation largement utilisé pour mesurer la gravité des symptômes dépressifs chez les adultes. Durant cette étape, nous avons distribué cet outil aux participants en notre présence, afin de leur expliquer la méthode de réponse et les consignes.

Ainsi, nous avons terminé notre enquête exploratoire après avoir réalisé les entretiens et administré l'échelle de Beck. Nous avons obtenu les informations et les données nécessaires pour poursuivre les étapes suivantes, qui seront abordées dans le prochain chapitre.

2. Présentation de lieu de recherche

Cette étude s'est effectuée au niveau de l'hôpital d'Akbou surnommée «Akloul Ali », est un établissement public chargé de recevoir les personnes qui ont besoin de soins médicaux ou chirurgicaux, il constitue de :

***Consistance physique**

La capacité technique du l'EPH d'Akbou est de 177 lits répartis comme suit :

- Médecine homme : 33 lits
- Médecine femme : 35 lits
- Pédiatre : 33 lits
- Maternité et gynécologie : 34 lits
- Chirurgie (homme, femme, enfant) : 42 lits
- Hémodialyse : 13 générateurs
- P.U (pavillon des urgences) : 10 lits.

En plus des services d'hospitalisation il est doté d'un plateau technique consistant à un pavillon des urgences, un service de radiologie et un bloc opératoire (dont 4 salles opératoire).

Effectifs de l'établissement public d'Akbou*❖ Personnel médical :**

- _ Médecin spécialistes : 17
- _ Médecins généralistes : 26
- _ Pharmacie : 1

❖ Personnel paramédical :

- _ Paramédicaux diplômés d'état : 113
- _ Paramédicaux brevétés : 58
- _ Aides-soignants : 13

❖ Personnel administratif et technique :

- _ Personnel administratif : 46
- _ Personnel technique et d'entretien qui s'éleva à 101.

3- La méthode de la recherche

La nature de notre recherche actuelle nécessite la méthode clinique c'est la plus appropriée et la plus efficace pour approcher à la vie intérieure des cardiopathies avec un stimulateur cardiaque.

La méthode clinique est une observation approfondie d'un individu, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence, c'est une méthode pratiquée déjà par les premières psychopathologues comme Freud et Janet. Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire de sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui et le mécanisme de défense). Comme il permet aussi de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes entretien, teste projectifs, échelle clinique afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même son histoire et à son contexte de vie. (Bénony, 2003 : p ,125).

Selon Lagache (1949) la méthode clinique est : « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens , la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Bénony et Chahraoui, 2003 :p,11).

« La méthode clinique s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique. Une mesure d'ordre sociale ou éducatif ou une forme de conseils permettant une aide, une modification positive de l'individu, la spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle. » (Fernandez et Pedinielli, 2006 : pp, 41-51).

« Elle comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet » (Pedinielli, 1999 : p, 10)

4- Le groupe d'étude

Le groupe de recherche représente dix (10) adultes dans l'établissement hospitalier de Akbou «Akloul Ali», on a identifié leur prénom pour garder l'anonymat. Les critères de sélection de ce groupe de recherche sont :

❖ Critères homogènes

- ✓ Tous les cas de notre étude ont subi une implantation de stimulateur cardiaque. Un entretien clinique a été réalisé après l'intervention.
- ✓ Notre groupe d'étude est constituée de patients ayant tous bénéficié d'une chirurgie cardiaque pour la mise en place d'un stimulateur cardiaque. Un suivi clinique a été effectué par le biais d'entretiens post-opératoires.

❖ Critères non pertinent pour la sélection

- ✓ Leur niveau d'instruction.
- ✓ La langue.

Tableau n°01 : Présente les caractéristiques de la population d'étude

Nom	Age	Profession	Situation familiale
Djahida	35 ans	/	Célibataire
Fadila	59 ans	/	Marié
Malika	60 ans	/	Marié

Fatiha	60 ans	/	Marié
Khadidja	44 ans	Infermière	Marié
Aissa	58 ans	Directeur	Marié
Mustapha	42 ans	Commerçant	Divorcé
Djamel	35 ans	Enseignant	Célibataire
Zahir	48 ans	Commerçant	Marié
Bachir	52 ans	Retraité	Veuf

5- Les outils de recherche

5.1. L'entretien clinique

Selon Bénony et Chahraoui (1999), l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné. « L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens [...] 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 » Pour les auteurs, le principal but de l'entretien clinique est de comprendre l'homme dans sa totalité et dans sa singularité. (Bénony et Chahraoui, 1999 : p, 11).

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de donnée dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales, il représente un outil indispensable pour accéder aux informations subjectives des individus, biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves...etc.

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

L'étude actuelle utilise cet entretien pour accéder à la dimension subjective des participants : leurs expériences, émotions, croyances, et souvenirs liés à leur maladie cardiaque et à l'implantation du stimulateur cardiaque. L'entretien a servi à recueillir des données riches et détaillées sur les aspects psychologiques et émotionnels de l'expérience des participants.

5.2. L'entretien semi-directif

Il se définit comme une technique directe d'investigation scientifique utilisé au près des individus pris d'isolement, mais aussi, dans certains cas, auprès des groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurer en profondeur les informations. (Anger, 1994 : p, 144).

La semi directivité de l'entretien implique la disposition du chercheur d'un guide d'entretien avec plusieurs question préparées à l'avance mais non formuler d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Bnouny et Chahraoui, 2003 : p,143).

« L'entretien semi-directif combine attitude non directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance. La nécessité d'assurer à la fois la réexpression compréhensive au niveau de chaque séquence et la souplesse des transitions pour introduire les thèmes demande un entraînement solide et une bonne connaissance du guide d'entretien. » (Berthier, 2010 : p, 78).

L'étude actuelle adopte une attitude directive pour encourager les participants à s'exprimer librement et à partager leurs expériences de manière approfondie. L'entretien semi-directif me a permis d'approfondir les informations recueillies en posant des questions de suivi et en encourageant les participants à développer leurs réponses. J'ai adopté une attitude d'écoute active et empathique pour établir une relation de confiance avec les participants et les encourager à se confier.

5.3. Le guide d'entretien

Une attention particulière doit être portée à la formulation des questions pour aider le sujet à donner son avis propre. Il est par exemple déconseillé d'utiliser le terme « pourquoi » qui appelle à une réponse très structurée et rationnelle et qui risque de couper le fil de la communication. (Chahraoui et Benony, 1999 : p, 16).

« Le guide comporte une consigne initiale, comme dans l'entretien non-directif. Il peut revêtir une forme plus ou moins détaillée de la liste de trois ou quatre grands thèmes jusqu'à une série d'informations spécifiées sur deux ou trois pages. On s'attachera à donner à ce document une

présentation qui le rende facile à utiliser, avec des mots clés très apparents. » (Berthier, 2010 : pp, 78-79).

Le guide d'entretien de cette étude est conçu pour recueillir des informations détaillées sur l'impact de l'hypertension artérielle sur la vie des personnes concernées, en abordant divers aspects de leur existence. Il contient de cinque (05) axe sont les suivants :

Axe 1 : Informations personnelles

- Cet axe permet de contextualiser les réponses en recueillant des données démographiques essentielles (âge, sexe, niveau d'instruction, profession, situation familiale). Ces informations sont cruciales pour analyser les éventuelles corrélations entre ces facteurs et l'expérience de l'hypertension.

Axe 2 : Informations sur la vie sociale

- Cet axe explore l'impact de l'hypertension sur la vie sociale des individus. Il aborde les loisirs, les activités sociales, les conflits potentiels, les changements dans les relations et l'influence de la maladie sur le travail. Les questions visent à évaluer le niveau d'isolement social, le soutien social perçu et les difficultés relationnelles rencontrées.

Axe 3 : La santé physique et psychique et la dépression

- Cet axe se concentre sur l'état émotionnel et psychologique des personnes atteintes d'hypertension. Il aborde des thèmes tels que la solitude, le bonheur, le désespoir, les sentiments d'incapacité, les troubles du sommeil et l'acceptation de la maladie. Les questions visent à détecter d'éventuels signes de dépression, d'anxiété ou de détresse psychologique, qui sont souvent associés à des maladies chroniques comme l'hypertension. Il est important de noter l'interrogation sur la définition que se font les patients de l'hypertension artérielle. Cela permet de jauger leur compréhension de la maladie, et donc, de leur capacité à suivre les traitements.

Axe 4 : L'hypertension artérielle

- Cet axe recueille des informations spécifiques sur l'histoire de l'hypertension chez les participants. Il aborde l'âge de début, les événements déclencheurs, le processus de diagnostic, les symptômes, les traitements, les maladies associées et les antécédents familiaux. Les questions visent à comprendre le vécu de la maladie, l'observance du traitement, les adaptations du mode de vie et l'impact de l'hypertension sur la santé physique.

Axe 5 : La projection d'avenir

- Cet axe explore la vision de l'avenir des participants, leurs projets et leurs espoirs. Il vise à évaluer l'impact de l'hypertension sur leur capacité à se projeter dans le futur et à maintenir un sentiment d'optimisme. Cette projection permet de comprendre l'état d'esprit des personnes interrogées et de voir si la maladie a un impact négatif sur leur moral.

5.4. L'échelle de Beck

L'échelle de Beck, ou Inventaire de dépression de Beck (BDI), est un outil d'auto-évaluation largement utilisé pour mesurer la gravité des symptômes dépressifs chez les adultes et les adolescents.

a- L'inventaire de dépression de Beck

(Beck Dépression Inventory ou B.D.I.1961, 1974) : sa version originale, américaine, comprend 21 items, chacun étant constitué de quatre phases correspondant à quatre degrés d'intensité croissante d'un symptôme. Il existe une version française de cet instrument (pochot) de 23 items et une version abrégée de 13 items. (Pichot, cité par Boyer, Guelfi.J et pull. 1983 : p, 25).

b- Historique

Durant trente-cinq ans, le BDI a connu un large succès sur le plan international pour évaluer la gravité de la dépression chez les sujets déjà diagnostiqués comme dépressifs ainsi que pour repérer une dépression chez le sujet de la population normale.

La passation durait approximativement 10 à 15 minutes ; le calcul des notes en additionnant les évaluations de chacun des items. En 1971, Beck et ses collaborateurs du Philadelphia centre for cognitive therapy à l'université de Pennsylvanie ont commencé à utiliser une version modifiée du BDI : le BDI-A; dans cette version, les formations différentes pour décrire des symptômes identique et les doubles négations ont été supprimées (Beck et al, 1979). Différentes versions expérimentales ont été testées et la version définitive(Le BDI-AI), établie en 1978, a été publiée aux Etats-Unis en 1979, Néanmoins, de nombreuses ultérieures continuèrent de citer la première version BDI de 1961 ,Steer& Beck en 1985. En 1987 un manuel technique de BDI-AI a été publié aux Etats-Unis, L'édition du manuel de 1993 inclus de légère modification des notes seuils recommandées pour déterminer la gravité des symptôme dépressifs.(Aaron et Beck 1998 :pp,1-2-3).

c- Crédit des items du BDI « Beck dépression Inventory »

Beck et ces collaborateurs ont commencé le travail d'élaboration du BDI-II en 1994. Des items évaluant des critères de dépression du DSM- IV. Ont été créés : agitation, difficulté à se concentrer et perte d'énergie. Ces items ont été composés de 27 items ; des études ont été effectuées sur un

échantillon de 193 patients psychiatrique externes présentant divers troubles psychiatriques. Des analyses d'items et des analyses factorielles sur les réponses de cet échantillon ont permis de sélectionner les 21 items de la version définitive. (Aaron et Robert et Steer et Gregory et Brown, 1996 : p, 4).

d- L'utilisation clinique

Le BDI-II permet d'évaluer la sévérité de la dépression, chez des patients (adultes et adolescents à partir de 16 ans). Le BDI-II a été élaboré comme un indicateur de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères du DSM-IV et non comme mesure spécifique de diagnostic clinique.

Il faut être très prudent lorsqu'il est utilisé comme seul instrument diagnostique car la dépression peut être associée à des divers troubles diagnostiques primaires, allant du trouble panique à la schizophrénie.

Bien que le BDI-II soit facile à administrer et à coter, seuls des professionnels possédant une bonne expérience clinique devait l'interpréter. (Beck et Brown, 1998 : p, 46)

e- Considération générale

Le BDI-II est un test facile à administrer. La passation doit être effectuée dans un endroit bien éclairé et suffisamment calme pour que le sujet puisse se concentrer. Il est préférable d'évaluer, avant la passation, si un patient est en état de lire et de comprendre les items. Cependant, les items du test peuvent être lus à haute voix par le clinicien si le sujet présente des difficultés de lecture ou des problèmes de concentration. (Beck et coll, 1998 : p, 7)

f- Temps de passation

En général, 5 à 10 minutes suffisent pour compléter le protocole. C'était également la durée moyenne d'une passation BDI-IA (Ball, Archer et Imhof, 1994). Des patients souffrant d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnels peuvent prendre plus de temps. (Beck, et coll, 1998 : p, 7).

g- La consigne

Cette échelle comporte 21 groupes d'énoncés. On donne la consigne suivante, veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti aux cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si dans un groupe d'énoncé vous en trouvez plusieurs qui semble décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul

énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe N° 16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N° 18 (modification de l'appétit) (Beck, 1997 : p, 182).

h- Mode de cotation

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissantes d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote forte choisi pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 21 items (Beck, 1997 : p, 182)

i- Classement des niveaux de dépression selon Beck

Dans ce tableau, nous allons présenter les notes totales et leurs niveaux de dépression selon Beck.

Tableau n°02 : Classement des niveaux de dépression selon Beck

Note totale	Niveau
(0-11)	Pas de dépression
(12-19)	Dépression légère
(20-27)	Dépression modérée
(28-63)	Dépression sévère

Source : (Beck, Steer, et Brown, 1998 : pp, 1-9).

Synthèse

La méthodologie de cette étude repose sur une approche clinique rigoureuse, combinant entretiens semi-directifs et échelle de Beck pour évaluer l'impact psychologique du stimulateur cardiaque. L'étude s'est déroulée à l'hôpital d'Akbou, impliquant 10 patients adultes. Les outils de recherche ont été soigneusement sélectionnés pour explorer les dimensions subjectives et émotionnelles des participants, tout en garantissant la fiabilité et la validité des données recueillies.

Chapitre V

Présentation, analyse des données et discutions

des hypothèses

Préambule

Ce chapitre présente une analyse de dix (10) cas de patients souffrant d'hypertension artérielle, souvent accompagnée de complications psychologiques telles que la dépression. Les cas étudiés concernent des femmes et des hommes d'âges variés, hospitalisées pour des problèmes cardiaques et d'hypertension. Chaque patiente a été soumise à un entretien et à l'échelle de dépression de Beck (BDI-II) afin d'évaluer son état psychologique. L'analyse des résultats met en lumière la prévalence de la dépression sévère et modérée chez ces patientes, ainsi que les différents symptômes associés.

1- Présentation et analyse des données des cas

1-1-Présentation du premier cas (Djahida)

Mademoiselle Djahida est âgée de 35 ans, célibataire avec un niveau d'instruction du 3ème année secondaire, femme au foyer. Elle est hospitalisée pendant 5 jours pour une décompensation cardiaque et l'HTA suite à un diagnostique qui a été posé par un cardiologue.

- Analyse de l'entretien

Durant l'entretien Djahida était spontanée, calme et souriante et prête à faire l'entretien, elle a été contente quand on lui a proposé de participer à notre étude, lors de l'entretien le sujet a raconté qu'elle est atteinte d'une maladie chronique qui est l'hypertension artérielle, l'entretien avec elle a duré 50 minute. Elle a découvert sa maladie pendant 2 ans a l'âge de 33 ans, quand elle a présenté les symptômes suivants sont l'estomac et le ventre gonflé et les bouffées de chaleur avant l'hospitalisation.

Sur sa maladie elle affirme qu'elle n'a souffert pas d'une maladie auparavant, mais suite à un choc mentale, son ventre commençait à gonfler et elle ensuite eu de multiples envies de vomir. Elle a donc compris qu'il s'agit d'un problème d'estomac, le médecin lui a affirmé qu'il s'agit plutôt d'un problème cardiaque et lui a prescrit une valve mécanique. Elle croyait que la valve serait à évoquer l'eau accumulé au niveau du cœur, car le médecin ne lui a pas bien expliqué la réalité de cette valve, cela lui a causé du sentiment d'angoisse suite à un autre diagnostique chez un autre médecin qui lui a confirmé sa maladie cardiaque qui n'était pas héréditaire, elle a fait un deuxième choc lui causant une perte de mémoire momentanée.

Pour soulager son état psychique critique, elle a opté pour un psychologue, ce dernier la même orientée vers un psychiatre qui lui a prescrit le médicament anti dépresseur (prisiva).

Au fur et à mesure des diagnostique elle a appris qu'elle souffrait d'une hypertension artérielle.

Tableaux n°03 : Présentation des résultats de l'échelle du premier cas

N° D'item	Items	Condition	Expression
1	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux, que ce n'est pas supportable.
2	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
3	Échecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une ratée.
4	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
6	Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni.
7	Sentiments négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
8	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
9	Pensée ou désir de suicide	3	Je me suiciderais si l'occasion se présentait
10	Pleur	3	Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoique 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	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup plus que d'habitude.
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude.
18	Modifications de l'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit
20	Fatigue	2	Je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
Score		38	Dépression sévère.

Analyse des données de l'Échelle de Dépression de Beck (BDI-II)

Djahida a obtenu un score de 38 à l'échelle de Beck dans une durée des 16 minutes. Ce score indique une dépression sévère, car un score supérieur à 29 est classé comme tel.

Les réponses de Degré 3 (Sévères) : Elle a donné 9 réponses de degré 3, ce qui indique une intensité élevée de certains symptômes. Ces symptômes incluent :

- * Tristesse
- * Pessimisme
- * Sentiments négatifs envers soi-même
- * Pensées ou désirs de suicide
- * Pleurs
- * Perte d'intérêt
- * Indécision
- * Perte d'énergie
- * Modifications de l'appétit

Les réponses de Degré 2 : La moitié de ses réponses indiquent une dépression sévère avec un score de 2. Les items avec un score de 2 sont :

- * Perte de plaisir
- * Modifications dans les habitudes de sommeil
- * Difficulté à se concentrer
- * Fatigue

Les réponses de Degré 1 : Certains symptômes sont présents à un degré moins élevé (score de 1) :

- * Attitude critique envers soi
 - * Dévalorisation
 - * Irritabilité
- * Durée de Passation : Djahida a mis 16 minutes pour remplir l'échelle.

Synthèse du cas

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck confirme que Djahida souffre d'une dépression sévère. Cette dépression se manifeste par une variété de symptômes, notamment une tristesse

profonde, du pessimisme, des pensées suicidaires, une perte d'intérêt et d'énergie, et des changements dans l'appétit et le sommeil.

1-2- Présentation du deuxième cas (Fadila)

Madame Fadila est âgée de 59 ans, mariée, mère de trois filles, femme au foyer. Elle est hospitalisée pendant 15 jours pour une l'HTA suite à un diagnostique qui a été posé par un cardiologue et aussi un problème de sa tête dès la naissance.

- Analyse de l'entretien

Durant l'entretien de madame Fadila, demeurait calme, prête à répondre à nos questions malgré qu'elle avait l'air triste et souffrante. Elle disait dans son entretien qui à durée une quarantaine de minute, à l'hôpital d'Akbou, qu'elle à été atteinte de l'hypertension artérielle dès l'âge de 47 ans.

Elle affirme qu'il ne s'agit pas d'une maladie héréditaire mais plutôt d'un résultat d'un choc d'enfance après un décès d'un de ses proche, le choc a duré selon elle 20 ans , elle remarque des problèmes de sommeil ou des battements de cœur irrégulière, ce qui la insiste a voir un psychiatre, qui lui a prescrit un anti dépresseurs, quand elle a appris qu'elle souffrait de l'hypertension artérielle, elle a pris des fortes doses irrégulière des médicaments , ce qui a aggravé son état psychique et moral.

Depuis cet incident, elle suit des séances thérapeutiques chez le psychologue pour pouvoir accepter sa souffrance et sa maladie.

Tableaux n° 04 : Présentation des résultats de l'échelle du deuxième cas

N° D'item	Items	Condition	Expression
1.	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux, que ce n'est pas supportable.
2.	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
3.	Échecs dans le passé	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
4.	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5.	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
6.	Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni
7.	Sentiments négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
8.	Attitude critique envers soi	2	Je me reproche tous mes défauts
9.	Pensée ou désir de suicide	3	Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10.	Pleur	3	Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.
11.	Agitation	0	Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude.
12.	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoique 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	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.
16.	Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup plus que d'habitude.
17.	Irritabilité	0	Je suis plus irritable que d'habitude.
18.	Modifications de l'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
19.	Difficulté à se concentrer	1	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20.	Fatigue	2	Je suis trop fatiguée pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant
21.	Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le
Score		40	Dépression sévère.

Analyse des Résultats de l'Échelle de Dépression de Beck (BDI-II)

Le score de 40 obtenu par Madame Fadila à l'Inventaire de Dépression de Beck (BDI-II) indique une « dépression sévère ». Un score de 29 ou plus est classé comme dépression sévère.

- L'analyse révèle que Fadila présente un degré élevé (score de 3) des symptômes suivants :

- * Tristesse
- * Pessimisme
- * Sentiments d'échecs dans le passé
- * Sentiments négatifs envers elle-même
- * Pensées ou désirs suicidaires
- * Sentiment de vouloir pleurer mais incapacité de le faire
- * Perte d'intérêt
- * Indécision
- * Perte d'énergie

- Fadila montre également des symptômes modérément sévères (score de 2) dans les domaines suivants :

- * Perte de plaisir

- * Modifications des habitudes de sommeil
- * Fatigue
- * Attitude critique envers elle-même
- Certains symptômes moins sévères (score de 1) sont présents :
 - * Difficulté à se concentrer
 - * Sentiment d'être dévalorisée

Synthèse du cas

En résumé, l'analyse de l'Inventaire de Dépression de Beck indique que Madame Fadila souffre d'une dépression sévère, caractérisée par un ensemble de symptômes affectant son humeur, ses pensées, son comportement et son niveau d'énergie.

1-3- Présentation du troisième cas (Malika)

Madame Malika est âgée de 60 ans, mariée, mère de trois filles et deux garçons, femme au foyer. Elle est hospitalisée pendant 10 jours pour l'HTA et aussi le goitre suite à un diagnostique qui a été posé par un cardiologue.

- Analyse de l'entretien

Durant l'entretien avec madame Malika qui a durée 45 minutes à l'hôpital d'Akbou.

La dame a affirmé que sa maladie n'est pas d'une provenance héréditaire, elle a appris sa maladie d'hypertension artérielle à l'âge de 52 ans suite aux problèmes familiaux et un choc d'un décès brusque, elle s'est ensuite isolée chez elle pendant 6 ans, ce qui obligé sa famille a l'emmener chez un psychiatre, qui lui a prescrit un traitement de 3 mois.

Il a remarqué une amélioration il lui a pris une lettre d'orientation chez un psychologue. Et maintenant la patiente se sent mieux selon elle.

Tableaux n° 05 : Présentation des résultats d'échelle du troisième cas

N° D'item	Items	Condition	Expression
1.	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable
2.	Pessimisme	3	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir
3.	Échecs dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie
4.	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5.	Sentiment de culpabilité	3	Je me sens tout le temps coupable

6.	Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment d'être puni
7.	Sentiments négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout
8.	Attitude critique envers soi	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent
9.	Pensée ou désir de suicide	0	Je ne pense du tout à me suicider.
10.	Pleur	2	Je pleure pour la moindre des choses.
11.	Agitation	3	Je suis si agité ou tendue que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose
12.	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.
13.	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
14.	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
15.	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant.
16.	Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup plus que d'habitude
17.	Irritabilité	1	Je suis plus irritable qu'habitude
18.	Modifications de l'appétit	1a	J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude
19.	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas me concentrer aussi bien que d'habitude
20.	Fatigue	1	Je me fatiguée plus facilement que d'habitude.
21.	Perte d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins qu'avant
Score		41	Dépression sévère.

Analyse des Résultats de l'Échelle de Dépression de Beck (BDI-II)

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck (BDI II -), Mme Malika a mis 20 min pour le remplir. Le score total de 41 à l'échelle de dépression de Beck (BDI-II) indique une dépression sévère.

- Ce résultat est significatif car un score supérieur à 29 est classé comme « dépression sévère ».
- Madame Malika présente des symptômes marqués (score de 3) dans plusieurs domaines clés :
 - * Tristesse intense
 - * Pessimisme face à l'avenir
 - * Sentiment d'échec dans le passé
 - * Sentiment de culpabilité
 - * Sentiment d'être punie
 - * Sentiment négatif envers elle-même
 - * Attitude autocritique sévère
 - * Agitation

* Perte d'intérêt généralisée

* Ces symptômes reflètent une souffrance psychologique profonde et un fonctionnement altéré.

- Elle éprouve également une perte de plaisir et pleure fréquemment (score de 2).

- Des changements dans ses habitudes de sommeil sont également notés (score de 2).

- Certains symptômes sont présents, mais avec une intensité moindre (score de 1) :

* Indécision

* Dévalorisation

* Perte d'énergie

* Irritabilité

* Changements dans l'appétit

* Difficulté de concentration

* Fatigue

* Perte d'intérêt pour le sexe

- Il est important de noter que Madame Malika ne semble pas avoir de pensées ou de désirs suicidaires (score de 0).

Synthèse du cas

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck révèle que Madame Malika souffre d'une dépression sévère. Elle présente une combinaison de symptômes intenses (tristesse, pessimisme, culpabilité, etc.) et de symptômes moins sévères (indécision, irritabilité, etc.). Bien qu'elle ne rapporte pas de pensées suicidaires, la sévérité de sa dépression nécessite une attention et une prise en charge appropriées.

1-4- Présentation du quatrième cas (Fatiha)

Madame Fatiha est âgée de 60 ans, mariée, mère d'une fille et cinq garçon ou, femme au foyer. Elle est hospitalisée pendant 3 jours pour l'HTA suite à un diagnostique qui a été posé par un cardiologue et aussi un diabète.

- Analyse de l'entretien

Durant l'entretien avec madame Fatiha, qui a durée 40 minutes a l'hôpital d'Akbou, où la patiente s'est montrée ouverte a répondre à nos interrogations.

Elle affirme qu'elle a eu un choc après un accident de ses deux fils, ou elle a perdu un des deux ce qui l'a obligé a avorté ce qui lui a causé un diabète de type 2, elle a ensuite souffert de déséquilibre des membres, perte de poids, insomnie, isolement, idée noir

Ce qu'il insiste à voir un cardiologue, qui lui a annoncé sa souffrance de l'hypertension artérielle, il lui a prescrit un traitement qu'elle a arrêté de suivre après une année ce qui a obligé sa famille à l'emmener chez un psychologue, puis un psychiatre.

Madame Fatiha se sentait beaucoup mieux selon elle après ses séances chez les psychiatres.

Tableaux n° 06 : Présentation des résultats d'échelle du quatrième cas

N° D'item	Items	Condition	Expression
1.	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable
2.	Pessimisme	3	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir
3.	Échecs dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma Vie
4.	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5.	Sentiment de culpabilité	3	Je me sens tout le temps coupable
6.	Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment d'être puni
7.	Sentiments négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout
8.	Attitude critique envers soi	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent
9.	Pensée ou désir de suicide	0	Je ne pense du tout à me suicider.
10.	Pleur	2	Je pleure pour la moindre des choses.
11.	Agitation	3	Je suis si agité ou tendue que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose
12.	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.
13.	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
14.	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
15.	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant.
16.	Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup plus que d'habitude
17.	Irritabilité	1	Je suis plus irritable qu'habitude
18.	Modifications de l'appétit	1a	J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude
19.	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas me concentrer aussi bien que d'habitude
20.	Fatigue	1	Je me fatiguée plus facilement que d'habitude.
21.	Perte d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
Score		41	Dépression sévère.

Analyse des Résultats de l'Échelle de Dépression de Beck (BDI-II)

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck (BDI II -), Mme Fatiha a mis 20 min pour le remplir .Le score total de 41 à l'échelle de dépression de Beck (BDI-II) indique une dépression sévère.

-Ce résultat est significatif car un score supérieur à 29 est classé comme « dépression sévère ».

-Réponses marqués (score de 3) sont :

- * Tristesse intense
- * Pessimisme face à l'avenir
- * Sentiment d'avoir raté sa vie
- * Sentiment de culpabilité
- * Sentiment d'être punie
- * Sentiment négatif envers soi-même
- * Attitude très critique envers soi
- * Agitation ou tension
- * Perte d'intérêt généralisée

- Réponses marqués (score de 2) sont :

- * Perte de plaisir dans les activités habituelles
- * Pleurs fréquents
- * Changements importants dans les habitudes de sommeil (dort beaucoup plus)

- Réponses marqués (score de 1) sont :

- * Indécision
- * Sentiment de dévalorisation
- * Perte d'énergie
- * Irritabilité accrue
- * Légère augmentation de l'appétit
- * Difficulté à se concentrer
- * Fatigue
- * Diminution de l'intérêt pour le sexe

-Absence de pensées suicidaires (score de 0) :

- * Pas de pensées ou désirs de suicide

Synthèse du cas

L'analyse de l'entretien de l'échelle de Beck (inventaire de dépression de Beck BDI II) avec une note de 41 située entre 28 et 63 indique que le patient souffre d'une dépression D'après ses réponses.

1-5- Présentation du cinquième cas (Khadidja)

Madame Khadidja est âgée de 44 ans, mariée, mère de quatre filles et quatre garçons, infirmière. Elle est hospitalisée pendant 4 jours pour une l'HTA suite à un diagnostique qui a été posé par un cardiologue.

- Analyse de l'entretien

Durant l'entretien avec madame Khadidja, qui à durée 45 minutes à l'hôpital d'Akbou. Où la patiente s'est montrée calme et ouvert à répondre à nos interrogations.

Sur sa maladie elle affirme qu'elle ne souffrait d'aucune autre maladie chronique auparavant, elle considérait son hypertension artérielle comme héréditaire provoquée par le décès d'un proche, puis faire une AVC. Son médecin lui a directement annoncé son hypertension artérielle, il lui a prescrit un traitement et la conseillée à voir un psychologue pour des consultations thérapeutique.

La patiente se sent mieux physiquement et mentalement.

Tableaux n° 07 : Présentation des résultats de l'échelle du cinquième cas

N° D'item	Items	Condition	Expression
1.	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux, que ce n'est pas supportable.
2.	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
3.	Échecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un raté.
4.	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5.	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
6.	Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni
7.	Sentiments négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
8.	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
9.	Pensée ou désir de suicide	3	Je me suiciderais si l'occasion se présentait.
10.	Pleur	3	Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.

11.	Agitation	0	Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude.
12.	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoique 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	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.
16.	Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup plus que d'habitude.
17.	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude.
18.	Modifications de l'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
19.	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20.	Fatigue	2	Je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
21.	Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
Score		38	Dépression sévère.

Analyse des Résultats de l'Échelle de Dépression de Beck (BDI-II)

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck (BDI II -), « Khadidja » a mis 25 min pour le remplir. Le tableau indique un score total de 38 à l'échelle de dépression de Beck (BDI-II).

Ce score correspond à une dépression sévère.

les réponses de degré 3 : La patiente a obtenu un score de 3 (le plus élevé) dans 9 items, ce qui indique une intensité importante des symptômes suivants :

- * Tristesse
- * Pessimisme
- * Sentiments négatifs envers soi-même
- * Pensées ou désirs de suicide
- * Pleurs
- * Perte d'intérêt
- * Indécision
- * Perte d'énergie
- * Modifications de l'appétit

Les réponses de degré 2 : Pour 4 items, la patiente a obtenu un score de 2, indiquant des symptômes modérés de :

- * Perte de plaisir

- * Modifications dans les habitudes de sommeil
- * Difficulté à se concentrer
- * Fatigue

Les réponses de degré 1: 3 items ont reçu un score de 1, signalant une présence légère de :

- * Attitude critique envers soi
- * Dévalorisation
- * Irritabilité

Les réponses de degré 0 : La patiente n'a pas exprimé les symptômes suivants :

- * Échecs dans le passé
- * Sentiment de culpabilité
- * Sentiment d'être puni
- * Agitation
- * Perte d'intérêt pour le sexe

Synthèse du cas

L'analyse de l'entretien de l'échelle de Beck (inventaire de dépression de Beck BDI II) avec une note de 38 située entre 28 et 63 indique que le patient souffre d'une dépression sévère, avec des symptômes marqués notamment au niveau de l'humeur, de la motivation, de l'énergie, et de l'appétit.

1-6- Présentation du sixième cas (Aissa)

Monsieur Aissa est âgé de 58 ans, marié, directeur, père de deux enfants. Il est hospitalisé pendant 5 jours pour une décompensation cardiaque et l'HTA suite à un diagnostique qui a été posé par un cardiologue.

- Analyse de l'entretien

Durant l'entretien avec monsieur Aissa qui a duré 41 minutes à l'hôpital d'Akbou, il semblait un peu paniqué et pas très calme, il dit qu'il souffre d'une hypertension artérielle depuis 5 ans, il relia sa maladie à la pression du travail dans son entreprise de télécommunications, il dit qu'il se sent seul malgré la présence de sa famille, ces troubles mentaux lui causé de l'insomnie et de dépression.

Il affirme qu'il est compliqué pour lui de s'adapter à son traitement et à nuire au mode de vie sain. Sa famille l'a fortement conseillé de voir un psychologue pour gérer sa situation, il nous a affirmé qui a près quatre séances chez le psychologue.

Chapitre V

Présentation, analyse des données et discutions des hypothèses

Monsieur Aissa remarque déjà une différence, et que son insomnie s'est réduit et qu'il commence à s'assumer en tant malade atteint de l'hypertension artérielle.

Tableaux n° 08 : Présentation des résultats de l'échelle du sixième cas

N° D'item	Items	Condition	Expression
1.	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux, que ce n'est pas supportable.
2.	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
3.	Échecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une ratée.
4.	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5.	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
6.	Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni.
7.	Sentiments négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
8.	Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude
9.	Pensée ou désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider
10.	Pleur	0	Je ne pleure pas plus qu'avant
11.	Agitation	0	Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude.
12.	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.
13.	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
14.	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable
15.	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16.	Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup plus que d'habitude.
17.	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude
18.	Modifications de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé
19.	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit
20.	Fatigue	0	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
21.	Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
Score		21	Dépression modérée

Analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck (BDI-II)

Le tableau présente les résultats d'une évaluation psychologique de Monsieur Aissa, axée sur les symptômes de la dépression. Le score final de 21 indique une « Dépression modérée ». Cela

suggère que, bien que Monsieur Aissa éprouve des symptômes dépressifs significatifs, ils ne sont pas au niveau le plus sévère. Monsieur Aissa a mis 23 minutes pour remplir l'échelle.

* Symptômes du (Score de 3) : Monsieur Aissa rapporte ressentir une tristesse intense (« Je suis si triste ou si malheureux, que ce n'est pas supportable »), une vision pessimiste (« J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer »), une perception négative de soi (« Je ne m'aime pas du tout ») et un manque d'énergie (« J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit »). Ce sont des indicateurs clés d'un état dépressif.

* Symptômes du (Score de 2) : Il exprime également un niveau réduit de plaisir dans les activités qu'il appréciait auparavant (« J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement ») et des changements dans ses habitudes de sommeil (« Je dors beaucoup plus que d'habitude »). Ces symptômes soutiennent davantage le diagnostic de dépression modérée.

* Symptômes du (Score de 0) : Il est important de noter que Monsieur Aissa ne rapporte pas de pensées suicidaires, de sentiments de culpabilité ou de punition, d'autocritique, de pleurs accrus, d'agitation, d'indécision, de sentiments de dévalorisation, de changements d'appétit, de difficultés de concentration, de fatigue, d'irritabilité ou de changements dans son intérêt sexuel. L'absence de ces symptômes permet de différencier la nature spécifique de sa dépression.

Synthèse du cas

L'analyse du tableau révèle que Monsieur Aissa souffre d'une dépression modérée, caractérisée par une tristesse intense, du pessimisme, une perception négative de soi, un manque d'énergie, une réduction du plaisir et des troubles du sommeil. Cette évaluation corrobore les observations faites lors de son entretien initial et fournit une compréhension plus quantifiée de son état émotionnel.

1-7- Présentation du septième cas (Mustapha)

Monsieur Mustapha est âgé de 42 ans, commerçant, divorcé, père d'un enfant. Il est hospitalisé pendant 7 jours pour une HTA suite à un diagnostique qui a été posé par un cardiologue.

- Analyse de l'entretien

Durant l'entretien avec monsieur Mustapha qui à durer 45 minutes à l'hôpital d'Akbou, il semblait très perturbé, pas très serein, il souffre de l'hypertension artérielle depuis 3 ans, il relié sa maladie à sa situation familiale, notamment à son divorce, ce qui selon lui la conduit à mener un mode de vie malsain, allant jusqu'à devenir alcoolique. Cette situation à inquiéter son entourage, ce qui les a pousser à réagir, notamment son fils, qui l'a exigé à voir un psychologue.

Monsieur Mustapha affirme aujourd’hui que son état moral va beaucoup mieux, il a également réussi à arrêter de boire, et il est mieux maintenant avec une vie plus calme avec son fils.

Tableaux n° 09 : Présentation des résultats de l'échelle du septième cas

N° D'item	Items	Condition	Expression
1	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux, que ce n'est pas supportable.
2	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
3	Échecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une ratée.
4	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
6	Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni.
7	Sentiments négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
8	Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude
9	Pensée ou désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleur	0	Je ne pleure pas plus qu'avant
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup plus que d'habitude.
17	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude
18	Modifications de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20	Fatigue	0	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
Score		20	Dépression modérée

Analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck (BDI-II)

Le tableau présente les résultats de l'évaluation de l'état dépressif de Monsieur Mustapha à l'aide d'une échelle (probablement l'Inventaire de Dépression de Beck ou une échelle similaire).

Chaque item correspond à un symptôme de la dépression, et un score est attribué à chaque réponse, indiquant la sévérité de ce symptôme. Monsieur Mustapha a duré de répondre sur l'échelle une 19 minutes.

* Ce score indique un niveau de dépression modérée. Les scores de l'échelle de dépression sont généralement interprétés avec des seuils qui classent la sévérité de la dépression (par exemple, léger, modéré, sévère). Un score de 20 se situe dans la plage de la dépression modérée, suggérant que Monsieur Mustapha présente des symptômes dépressifs cliniquement significatifs.

* Symptômes de (degré 3) : Tristesse (3) : Monsieur Mustapha rapporte une tristesse intense, « si triste ou si malheureux, que ce n'est pas supportable ». Cela indique une souffrance émotionnelle profonde.

* Pessimisme (3) : Il a un sentiment de désespoir quant à son avenir, le percevant comme « sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer ». Cela reflète une vision négative et un manque d'espoir, typiques de la dépression.

* Sentiments négatifs envers soi-même (3) : Il exprime un manque d'amour propre, « Je ne m'aime pas du tout ». Cela témoigne d'une faible estime de soi et de sentiments de dévalorisation.

* Perte d'intérêt (3) : Il éprouve de la difficulté à s'intéresser à quoi que ce soit, ce qui est un symptôme central de la dépression, l'anhédonie (perte de plaisir ou d'intérêt).

* Perte d'énergie (3) : Il ressent un manque important d'énergie, « J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit », ce qui peut affecter sa capacité à fonctionner au quotidien.

* Modifications dans les habitudes de sommeil (2b) : Il dort beaucoup plus que d'habitude, ce qui est une perturbation du sommeil fréquente dans la dépression (hypersomnie).

* Perte de plaisir (2) : Il éprouve très peu de plaisir aux choses qui lui plaisaient habituellement.

* Difficulté à se concentrer (1) : Il a du mal à se concentrer, ce qui peut affecter ses activités quotidiennes et son fonctionnement.

* Absence de certains symptômes: Il n'exprime pas de sentiments de culpabilité, de sentiment d'être puni, d'attitude critique envers soi, de pensées suicidaires, de pleurs excessifs, d'agitation, d'indécision, de dévalorisation, d'irritabilité, de modifications de l'appétit, de fatigue ou de perte d'intérêt pour le sexe. Cela suggère que sa dépression se manifeste par certains symptômes plus que d'autres.

Synthèse du cas

Les résultats indiquent que Monsieur Mustapha souffre d'une dépression modérée. Les symptômes les plus prononcés sont la tristesse intense, le pessimisme, les sentiments négatifs envers lui-même, la perte d'intérêt et la perte d'énergie. Ces symptômes affectent significativement son bien-être émotionnel et son fonctionnement.

1-8- Présentation du huitième cas (Djamel)

Monsieur Djamel est âgé de 35 ans, célibataire, enseignant. Il est hospitalisé pendant 15 jours pour une décompensation cardiaque et l'HTA suite à un diagnostique qui a été posé par un cardiologue.

- Analyse de l'entretien

Pendant l'entretien avec monsieur Djamel, qui à durer 35 minutes, il nous a dit qu'il a été atteinte de l'hypertension artérielle il y a 2 ans, il a relié sa maladie à sa solitude, et sa pression du travail ce qui lui provoque de la dépression et les troubles de sommeil.

Il nous a affirmé qu'il était au courant concernant sa situation à toucher à sa confiance où il trouve des difficultés à communiquer avec les autres, depuis 6 mois il a décidé de voir un psychologue pour mieux comprendre son état, il dit que après quelques séances il a pu remarquer certains changements dans sa vie quotidienne et dans sa façon de se comporter avec les autres, il compte toujours de continuer son traitement chez le psychologue en parallèle avec son traitement de l'hypertension artérielle.

Tableaux n° 10 : Présentation des résultats de l'échelle du huitième cas

N° D'item	Items	Condition	Expression
1.	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux, que ce n'est pas supportable.
2.	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
3.	Échecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une ratée.
4.	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5.	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
6.	Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni.
7.	Sentiments négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.

8.	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
9.	Pensée ou désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider
10.	Pleur	0	Je ne pleure pas plus qu'avant
11.	Agitation	0	Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude.
12.	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.
13.	Indécision	0	Je prende des décisions toujours aussi bien qu'avant
14.	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable
15.	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16.	Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup plus que d'habitude.
17.	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
18.	Modifications de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé
19.	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20.	Fatigue	1	Je me fatigue plus que d'habitude
21.	Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
Score		23	Dépression modérée

Analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck (BDI-II)

Le tableau présente les résultats de l'évaluation de l'état dépressif de Monsieur Djamel dans une durée de 15 minutes, à l'aide d'une échelle (probablement l'Inventaire de Dépression de Beck ou une échelle similaire) avec un score de 23 qui indique une dépression modérée. Chaque item correspond à un symptôme de la dépression, et un score est attribué à chaque réponse, indiquant la sévérité de ce symptôme.

* Symptômes du score 3 :

* Tristesse intense : Monsieur Djamel rapporte une tristesse intense et insupportable (score de 3).

* Pessimisme marqué : Il a un sentiment de désespoir quant à son avenir, qu'il perçoit comme sombre et en dégradation (score de 3).

* Perte d'intérêt et de plaisir : Il éprouve très peu de plaisir dans les activités qu'il appréciait auparavant (score de 2) et a du mal à s'intéresser à quoi que ce soit (score de 3).

* Sentiments négatifs envers lui-même : Il se dévalorise fortement et ne s'aime pas (score de 3).

* Manque d'énergie : Il se sent très fatigué et manque d'énergie pour entreprendre des activités (score de 3).

- * Troubles du sommeil : Il dort beaucoup plus que d'habitude (score de 2).
- * Irritabilité : Il est plus irritable qu'à l'accoutumée (score de 1).
- * Difficulté de concentration : Sa capacité à se concentrer est diminuée (score de 1).
- * Fatigue accrue : Il se fatigue plus facilement (score de 1).
- * Symptômes Moins Prononcés ou Absents :
 - * Il n'a pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie (score de 0).
 - * Il ne se sent pas particulièrement coupable ou puni (scores de 0).
 - * Il n'a pas de pensées suicidaires (score de 0).
 - * Il ne pleure pas plus qu'avant (score de 0).
 - * Il n'est pas plus agité ou tendu que d'habitude (score de 0).
 - * Il prend des décisions aussi bien qu'avant (score de 0).
 - * Il se considère comme quelqu'un de valable (score de 0).
 - * Son appétit n'a pas changé (score de 0).
 - * Il n'a pas remarqué de changement récent dans son intérêt pour le sexe (score de 0).

Synthèse du cas

Les résultats de l'échelle indiquent clairement que Monsieur Djamel présente une dépression modérée. Les symptômes les plus marquants sont la tristesse intense, le pessimisme, la perte d'intérêt et de plaisir, les sentiments négatifs envers lui-même et le manque d'énergie.

1-9- Présentation du neuvième cas (Zahir)

Monsieur Zahir est âgé de 42 ans, marié, commerçant, père d'un adolescent. Il est hospitalisé pendant 10 jours pour une HTA suite à un diagnostic qui a été posé par un cardiologue.

- Analyse de l'entretien

Durant l'entretien avec monsieur Mustapha qui à durer 42 minutes, il nous a dit qu'il eut l'hypertension artérielle à l'âge de 40 ans suite à un accident de moto de son fils qu'il a perdu dans les 48 heures plus tard à l'hôpital, cet incident-là considère comme le choc de sa vie.

Il nous a affirmé qu'à après cet incident il perdu le plaisir de vivre, il ne parle pas à personne même sa femme et son autre fils. Son commerce a ruiné, car il l'a abandonné sa femme l'a exigé ensuite de voir un psychologue. C'est la chose qu'il a refusé au début, mais son entourage à insister. Il dit qu'au début il ne voyait pas une grande différence mais au bout du 8 mois de la thérapie.

Il a commencé à sentir mieux, il a enfin pu accepter la perte de son fils et a commencé à récupérer son business et sa relation avec sa femme, même son hypertension artérielle et aujourd’hui dans un état de stabilité tout en suivant son traitement.

Tableaux n° 11 : Présentation des résultats de l'échelle du neuvième cas

N° D'item	Items	Condition	Expression
1.	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux, que ce n'est pas supportable.
2.	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
3.	Échecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une ratée.
4.	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5.	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
6.	Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni.
7.	Sentiments négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
8.	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
9.	Pensée ou désir de suicide	3	Je me suiciderais si l'occasion se présentait
10.	Pleur	0	Je ne pleure pas plus qu'avant
11.	Agitation	0	Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude.
12.	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.
13.	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
14.	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
15.	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16.	Modifications dans les habitudes de sommeil	0	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé
17.	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
18.	Modifications de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé
19.	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20.	Fatigue	1	Je me fatigue plus que d'habitude
21.	Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
Score		25	Dépression modérée

Analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck (BDI-II)

Le tableau présente les résultats de l'échelle appliquée à Monsieur Zahir qui a duré une 13 minute, évaluant divers aspects de son état émotionnel et psychologique. Chaque item correspond à un symptôme ou un sentiment, et il est noté de 0 à 3, où un score plus élevé indique une plus grande intensité du symptôme. Le score total de 25 indique un degré de dépression modéré chez Monsieur Zahir.

- Plusieurs items ont des scores élevés (3), signalant des problèmes importants dans ces domaines :

- * Tristesse intense.
- * Pessimisme marqué concernant l'avenir.
- * Forts sentiments négatifs envers lui-même.
- * Perte d'intérêt généralisée.
- * Manque d'énergie important.
- * Pensées ou désirs suicidaires.

- D'autres items montrent une présence modérée (1) :

- * Attitude critique envers soi-même.
- * Sentiment de dévalorisation.
- * Irritabilité accrue.
- * Difficulté à se concentrer.
- * Fatigue plus importante que d'habitude.

- Certains items sont à 0, indiquant l'absence de ces problèmes :

- * Absence de sentiment d'échec passé.
- * Absence de sentiment de culpabilité ou de punition.
- * Pas de changement dans les habitudes de pleurs, d'agitation, de prise de décision, de sommeil, d'appétit ou d'intérêt pour le sexe.

Synthèse du cas

Les résultats suggèrent que Monsieur Zahir souffre d'une dépression modérée caractérisée par une tristesse profonde, un pessimisme marqué, un faible estime de soi, un manque d'énergie et des pensées suicidaires. Ces symptômes ont un impact significatif sur son bien-être émotionnel et son fonctionnement général.

1-10- Présentation du dixième cas (Bachir)

Monsieur Bachir est âgé de 52 ans, retraité, veuf, et ancien menuisier. Il est hospitalisé pendant 5 jours pour une décompensation cardiaque et l'HTA suite à un diagnostique qui a été posé par un cardiologue.

- Analyse de l'entretien

Durant l'entretien avec monsieur Bachir qui à durer 43 minutes, à l'hôpital d'Akbou, où il paraissait calme et serein, il dit qu'il a fait 8 ans depuis qu'on l'a diagnostiqué comme atteint de l'hypertension artérielle.

Il affirme que le décès de sa femme depuis 3 ans a aggravé sa dépression, il a perdu toute soie de vivre, il ajoute que son sommeil était fortement déséquilibré, il a décidé depuis un an de voir un psychologue comme une ultime solution, ce qui améliore visiblement sa situation

Il dit que sa tristesse est toujours présenté mais il arrive aujourd'hui à l'assumer et à pouvoir mener une nouvelle vie en acceptant son passé, il a retrouvé le sourire et le plaisir de vivre.

Tableaux n° 12 : Présentation des résultats de l'échelle du dixième cas

N° D'item	Items	Condition	Expression
1.	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux, que ce n'est pas supportable.
2.	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
3.	Échecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une ratée.
4.	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5.	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
6.	Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni.
7.	Sentiments négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
8.	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
9.	Pensée ou désir de suicide	3	Je me suiciderais si l'occasion se présentait
10.	Pleur	0	Je ne pleure pas plus qu'avant
11.	Agitation	0	Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude.
12.	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.
13.	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
14.	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant

15.	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce Soit
16.	Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude
17.	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
18.	Modifications de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé
19.	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20.	Fatigue	1	Je me fatigue plus que d'habitude
21.	Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
Score		27	Dépression modérée

Analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck (BDI-II)

Le tableau présente les résultats d'une échelle d'évaluation (probablement une échelle de dépression, bien que le nom de l'échelle ne soit pas spécifié) appliquée à Monsieur Bachir. Le score total obtenu par Monsieur Bachir est de 27 qui indiquent une dépression modérée, dans une durée de 12 minutes.

* Symptômes du (Score de 3) : Monsieur Bachir présente des symptômes significatifs de tristesse intense (« Je suis si triste ou si malheureux, que ce n'est pas supportable. »), de pessimisme marqué (« J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer. »), de sentiments négatifs envers lui-même (« Je ne m'aime pas du tout. »), de pensées ou désirs suicidaires (« Je me suiciderais si l'occasion se présentait ») et de perte d'intérêt généralisée (« J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit. ») et une perte d'énergie importante (« J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit »).

* Symptômes du (Score de 2) : Il éprouve très peu de plaisir aux choses qui lui plaisaient habituellement et a des modifications dans ses habitudes de sommeil (dort beaucoup moins que d'habitude).

* Symptômes du (Score de 1) : Il se montre plus critique envers lui-même, se dévalorise et se fatigue plus que d'habitude et est plus irritable.

* Absence de Symptômes (Score de 0) : Monsieur Bachir ne présente pas de sentiment d'échec passé, de culpabilité, de sentiment d'être puni, de pleurs excessifs, d'agitation, d'indécision, de changements dans l'appétit ou de perte d'intérêt pour le sexe.

Synthèse du cas

Les résultats indiquent que Monsieur Bachir souffre de dépression modérée. Les symptômes les plus prononcés sont la tristesse intense, le pessimisme, les sentiments négatifs envers lui-même, les pensées suicidaires, la perte d'intérêt et le manque d'énergie. Bien qu'il y ait des symptômes sévères, certains aspects de sa vie ne sont pas affectés, comme l'absence de culpabilité, l'absence de changements dans l'appétit et l'absence d'idées d'échecs.

2-Analyse comparative des données des cas selon le genre**Tableaux n°13 : Présentation de types de dépression selon le genre**

Femme	Degré	Homme	Degré
Djahida	Sévère	Aissa	Modéré
Fadila	Sévère	Mustapha	Modéré
Malika	Sévère	Djamel	Modéré
Fatiha	Sévère	Zahir	Modéré
Khadidja	Sévère	Bachir	Modéré

Le tableau ci-dessus montre la comparaison entre les femmes et les hommes, les résultats révèlent une distinction notable dans l'expression de la dépression entre les hommes et les femmes. Les cinq femmes incluses dans l'étude ont toutes été présentent des symptômes d'une dépression sévère, caractérisée par des symptômes dépressifs marquées tels qu'une tristesse intense et persistante, un pessimisme envahissant, une faible estime de soi et, dans certains cas, l'émergence d'idées suicidaires. À l'opposé, les cinq hommes participants ont présenté des niveaux de dépression modérés, avec des témoignages faisant état de sentiments de tristesse persistante, d'un manque d'énergie généralisé, d'une baisse de l'estime de soi et de troubles du sommeil. Ainsi, les observations de cette étude confirment une variation significative de la sévérité de la dépression en fonction du sexe, avec une tendance à une dépression plus sévère chez les femmes hypertendues par rapport aux hommes hypertendus.

Les dix cas étudiés présentent des individus variés (femmes / hommes), tant par leur âge (de 35 à 60 ans) que par leur situation familiale et professionnelle. On trouve des personnes mariées, célibataires, divorcées ou veuves, exerçant divers métiers ou étant femmes au foyer. Tous les patients souffrent d'hypertension artérielle, souvent diagnostiquée suite à des complications cardiaques.

Un élément frappant est la fréquence des troubles psychologiques associés, en particulier la dépression, mise en évidence par les entretiens et les scores élevés à l'échelle de dépression de Beck. Les facteurs déclenchants de ces troubles sont divers : décès de proches, accidents, problèmes familiaux, stress professionnel, solitude. Malgré la diversité des situations, on observe des symptômes dépressifs communs tels que la tristesse, le pessimisme, la perte d'intérêt, les troubles du sommeil et le manque d'énergie. L'impact de ces conditions sur la vie quotidienne est significatif, affectant les relations, le travail et l'état général des patients.

Enfin, il est noté que la prise en charge psychologique, lorsqu'elle est mise en place, semble apporter une amélioration notable de l'état des patients, soulignant l'importance d'une approche intégrée de la santé.

3 - Discussion des Hypothèses

3-1- Discussion de la première hypothèse

La première hypothèse de l'étude porte sur les adultes hypertendus souffrant d'une dépression. L'analyse des entretiens et des résultats de l'échelle de dépression de Beck (BDI-II) révèle une prévalence notable de la dépression chez les patients hypertendus participant à cette étude. Plusieurs facteurs semblent contribuer à cette comorbidité fréquente.

- * Chocs émotionnels et traumatismes : Beaucoup de patients ont vécu des événements traumatisants tels que le décès de proches, des accidents, ou des problèmes familiaux. Ces événements ont souvent précédé l'apparition de l'hypertension et sont liés à des symptômes dépressifs comme la tristesse intense, le pessimisme et la perte d'intérêt.
- * Stress et pression : Le stress professionnel et la pression du travail sont identifiés comme des facteurs contribuant à la fois à l'hypertension et à la dépression. Ces facteurs peuvent créer un état de mal-être général, conduisant à des troubles de sommeil, de l'isolement et des sentiments de solitude.
- * Isolement et solitude : Le manque de soutien social, qu'il soit dû à la solitude ou à des difficultés de communication, est un thème récurrent. L'isolement peut exacerber les symptômes dépressifs et compliquer la gestion de l'hypertension.
- * Conséquences de la maladie chronique : L'hypertension elle-même et les changements de mode de vie qu'elle impose peuvent être une source de stress et de dépression. La difficulté à s'adapter au traitement et à maintenir un mode de vie sain est mentionnée par certains patients.

Les résultats de l'étude confirment l'hypothèse initiale selon laquelle les adultes souffrant de dépression sont plus susceptibles de développer de l'hypertension artérielle. La prévalence de la dépression modérée à sévère chez les patients hypertendus souligne l'importance d'une approche intégrée qui prend en compte à la fois les aspects physiques et psychologiques de la santé.

3-2-Discussion de la deuxième hypothèse

La deuxième hypothèse de l'étude porte sur la dépression chez les adultes est élevée chez les femmes par rapport aux hommes. Les résultats de l'étude indiquent clairement que la sévérité de la dépression varie en fonction du sexe. L'étude a révélé que la sévérité de la dépression varie en fonction du sexe, les femmes hypertendues présentant une dépression plus sévère que les hommes hypertendus.

Facteurs potentiels influençant la dépression chez les femmes du groupe d'étude (Djahida, Fadila, Malika, Fatiha et Khadidja):

- * Chocs émotionnels et traumatismes : Plusieurs femmes ont vécu des événements traumatisants tels que la perte d'un enfant, des problèmes familiaux ou des décès de proches, qui ont été identifiés comme des déclencheurs de leur dépression.
- * Conséquences physiques et complications de santé : Les femmes souffrant d'hypertension artérielle peuvent également éprouver des symptômes physiques et des complications de santé qui contribuent à leur état dépressif.
- * Charge familiale et rôle de femme au foyer : Certaines femmes du groupe d'étude étaient femmes au foyer et mères, ce qui suggère qu'elles pouvaient être soumises à des stress liés aux responsabilités familiales et au rôle de soignante.

Facteurs potentiels influençant la dépression chez les hommes du groupe d'étude (Aissa, Mustapha, Zahir, Bachir et Djamel):

- * Chocs émotionnels et traumatismes : À l'instar des femmes, certains hommes ont également subi des événements traumatisants, tels que la perte d'un enfant, qui ont précipité leur dépression.
- * Pression professionnelle : La pression au travail a été identifiée comme un facteur contributif à la dépression chez certains hommes, soulignant le rôle du stress professionnel dans leur santé mentale.
- * Isolement social et solitude : La solitude et l'isolement social ont été mentionnés par certains hommes comme des facteurs qui contribuent à leur dépression.

- * Problèmes familiaux : Les difficultés conjugales ou familiales, comme le divorce, peuvent également jouer un rôle dans le développement de la dépression chez les hommes.
- * Mode de vie malsain : Certains hommes ont adopté un mode de vie malsain, comme la consommation d'alcool, en réponse à leurs difficultés émotionnelles, ce qui peut exacerber les symptômes dépressifs.

En conclusion, les résultats de cette étude confirment l'hypothèse selon laquelle la sévérité de la dépression varie en fonction du sexe, avec une tendance à une dépression plus sévère chez les femmes hypertendues par rapport aux hommes hypertendus.

Donc nous pouvons dire, que nos hypothèses sont confirmées.

Synthèse

Ce chapitre vise que l'étude révèle une forte prévalence de la dépression chez les patients souffrant d'hypertension, confirmant l'hypothèse d'une comorbidité fréquente. De nombreux participants présentaient des niveaux de dépression modérés à sévères, mesurés par des entretiens et l'échelle de dépression de Beck (BDI-II).

Un point marquant est la différence dans l'expression de la dépression selon le genre. Les cinq femmes de l'étude ont toutes été présentent des symptômes d'une dépression sévère, manifestant une tristesse intense et persistante, un pessimisme envahissant, une faible estime de soi et, dans certains cas, des idées suicidaires. En revanche, les cinq hommes ont présenté une dépression modérée, caractérisée par une tristesse persistante, un manque d'énergie, une baisse de l'estime de soi et des troubles du sommeil.

En conclusion, les résultats valident les hypothèses initiales de l'étude, mettant en lumière le lien significatif entre l'hypertension et la dépression, ainsi qu'une sévérité de la dépression plus marquée chez les femmes hypertendues comparativement aux hommes hypertendus.

Conclusion

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'explorer la présence de dépression chez les adultes hypertendus, en mettant l'accent sur les différences de genre dans la manière dont la dépression se manifeste. La recherche a impliqué une analyse de dix cas à l'hôpital Akbou, utilisant des entretiens cliniques et l'Inventaire de Dépression de Beck (BDI-II) pour évaluer les patients.

L'hypertension artérielle, souvent qualifiée de « tueur silencieux », se caractérise par une élévation persistante de la pression sanguine dans les artères. Elle constitue un facteur de risque majeur pour de graves complications cardiovasculaires, rénales et cérébrales. Sa prévalence croissante est influencée par des facteurs tels que le vieillissement de la population, les modes de vie sédentaires et les habitudes alimentaires déséquilibrées.

La dépression, quant à elle, est un trouble mental courant qui peut affecter tous les aspects de la vie d'une personne, y compris son travail, ses relations, son sommeil et son appétit. Elle se caractérise par un sentiment d'impuissance, de fatalité et de désespoir, et peut entraîner des ruminations et des pensées suicidaires. Il est crucial de souligner que la dépression est une maladie traitable, et qu'il existe de nombreuses ressources et interventions thérapeutiques pour aider les personnes à retrouver l'espoir et la joie de vivre.

La méthodologie de recherche employée dans cette étude a combiné des entretiens semi-directifs et l'échelle de Beck pour évaluer l'état psychologique des participants. La pré-enquête a joué un rôle crucial en permettant de mieux comprendre le terrain, de tester les outils de collecte de données et de valider la faisabilité de l'enquête principale. Les résultats de l'étude confirment un lien significatif entre l'hypertension et la dépression. Une proportion notable des patients étudiés souffrant d'hypertension artérielle présentait également des symptômes de dépression, plusieurs cas montrant des niveaux de dépression allant de modérés à sévères. Cette observation soutient l'hypothèse d'une comorbidité fréquente entre ces deux conditions.

De plus, l'étude a révélé une différence basée sur le genre dans la sévérité de la dépression chez les patients hypertendus. Les femmes atteintes d'hypertension étaient plus susceptibles de souffrir de dépression sévère, caractérisée par des symptômes marqués tels qu'une tristesse intense et persistante, un pessimisme envahissant, une faible estime de soi et, dans certains cas, l'émergence d'idées suicidaires. À l'opposé, les hommes participants présentaient des niveaux de dépression modérés, avec des témoignages faisant état de sentiments de tristesse persistante, d'un manque d'énergie généralisé, d'une baisse de l'estime de soi et de troubles du sommeil.

Conclusion

L'analyse des cas individuels a révélé une prévalence significative de la dépression chez les patients hypertendus, avec des symptômes variés allant de la tristesse intense et du pessimisme à la perte d'énergie et aux troubles du sommeil.

Ces observations soulignent la nécessité d'une évaluation psychologique systématique chez les patients hypertendus, afin de détecter et de traiter la dépression de manière appropriée.

Cette étude contribue à approfondir notre compréhension de lien entre l'hypertension et la dépression, et souligne la nécessité d'une prise en charge intégrée et multidisciplinaire pour améliorer la santé et la qualité de vie des patients. Les résultats de cette étude confirment les hypothèses initiales, soulignant à la fois le lien étroit entre l'hypertension et la dépression et la variation de la sévérité de la dépression en fonction du sexe, avec une tendance à une dépression plus sévère chez les femmes hypertendues par rapport aux hommes hypertendus.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

- ATIAS David. (2014).Médecins KB cardiologie vasculaire, Paris, France. 5 éd.
- Besançon, G. (2005). Manuel de psychologie, Paris : Dunod. 1 éd
- Bentounés .A et Safar.M. (2011).L'hypertension artérielle : pratique clinique. Paris, France. 1 éd
- Bloch, H. (1999). Grand dictionnaire de psychologie, Paris. 1 éd
- Bloch, H. (2002). Grand dictionnaire de psychologie, Paris. 2 éd
- Bouafia. M, T. (2004).Monographie sur l'hypertension artérielle .Alger.
- Bouche G. (2004). (DCEM – épreuves classements Nationales .De Beock Supérieur.
- Beck, T, Steer, R.-A et Brown, G.-K. (1998).Inventaire de dépression de Beck
Paris, France : centre de psychologie appliquée. 2 éd
- Chemama, R. et Vandermersch, B. (2003). Dictionnaire de psychanalyse, Paris. 2 éd
- Cottraux, J. (2001). Les thérapies comportementales et cognitives. Paris : Elsevier Masson.1 éd
- Cottraux, J. (2005). Les thérapies comportementales et cognitives, Paris : Elsevier Masson. 2 éd
- Douget .F. (2000).La passivité a la gestion active du traitement de sa maladie .Paris, Edition l'harmattan.
- Fondation suisse de cardiologue. (Avril 2009). L'hypertension artérielle. Suisse.
- Hanus, M. et Louis, O. (2010). Psychiatrie pour l'étudiant, Paris : MALOINE. 11 éd
- Kleftaras, G. (2004). Dépression approche cognitive et comportementale, Paris L'harmattan. 1 éd
- Masson, S. (2007) : Aspect clinique, exploration et prise en charge de l'hypertension artérielle, Paris, France. 1 éd
- Organisation Mondiale de la Santé. (2002).sur le site <http://www.orientations stratégiques pour améliorer la santé et le développement.com> Consulter le 04/02/2025 à13h00.
- Pedinielli, J-L. (2005). Introduction à la psychologie clinique, Paris : Armand COLIN.
- Pedinielli, J-L. et Amel, B. (2005). Les états dépressifs, Paris : Armand Colin.
- Pedinielli, J-L. et Bernoussi, A. (2005). Les états dépressifs. Paris : Armand Colin.
- Pewzner, E. (2000). Introduction à la psychopathologie de l'adulte, Paris : Armand Colin.
- Prise en charge stigmatisée de personnes atteintes d'hypertension. Société québécoise d'hypertension artérielle. (1997). Disponible sur : <http://www.hypertension.québécoise.com>. Consulter le 05/03/2025 à 17h00.

- Quvauvilliers .J . (2007) .Dictionnaire médicale. 5ed, Paris, France. 5 éd
- Rouillon, F. et Guelfi, J-D. (2012). Manuel de psychiatrie. Paris : Elsevier Masson. 2 éd
- Sillamy, N. (2013). Dictionnaire de psychologie. Paris. 30 éd
- Unité d'hypertension, éducation et prévalence pour la santé. (Janvier 2017). PDF disponible sur :
<http://www.Ces pharm.com>. Consulter le 06/03/2025 à 14h00.
- La recommandation ESH. (2007). La prise en charge de l'hypertension artérielle. Paris.

Annexes

Annexe n° 01

Le guide d'entretien

Axe 1 : Les informations personnelles

Age :

Sexe :

Niveau d'instruction :

Profession :

Situation familiale :

Axe 2 : informations sur la vie sociale :

-Quelle sont vos loisirs et vos activités sociales ?

-Avez-vous des conflits sociaux ? Si oui avec qui ? Pourquoi ?

-Pouvez-vous nous parlez de votre vie quotidienne ?

-Y-a-t-il un changement dans votre vie relationnelle ? Quelle est la nature de ce changement ?

-Est -ce - que vos relations ont changé avec votre entourage depuis votre maladie ?

-Est -ce-que cette maladie influence votre travail ? et comment ?

Axe 3 : la santé physique et psychique et la dépression :

- Est-que vous vous sentez seul ?

- Est-que vous aimez restez seul ?

- Etes -vous content de votre vie ?

- Vous Sentez-vous malheureux ? Si oui à quel moment ?

- Vous Sentez-vous désespéré ? Si oui pourquoi ?

- Vous-Sentez incapable de faire face à la vie quotidienne ?

- Souffrez-vous souvent de sentiments négatifs ?

- Pouvez-vous dormir ?

- A ce que vous avez accepté cette maladie ?

- A ce que tu est peut accepter ton état physique ?

-Selon vous, c'est quoi l'hypertension artérielle ?

Axe 4: L'hypertension artérielle

- Depuis combien d'années souffrez-vous d'hypertension artérielle ?
- Quel est l'âge d'apparition de la maladie ?
- Quels sont les événements qui ont précédé la maladie ?
- Comment s'est passé la découverte de votre maladie ?
- Avez-vous consulté un médecin rapidement après avoir remarqué les premiers symptômes ?
- Quelle sont les maladies associés ?
 - Pourriez-vous nous parler de votre traitement actuel et de votre expérience avec celui-ci ?
 - Avez-vous adapté votre alimentation en fonction de votre état de santé ?
- Y a-t-il d'autres membres de votre famille qui sont également touchés par cette maladie ?

Axe 5: la projection d'avenir

- Avez-vous un projet à réaliser, lequel ?
- Quelle est votre vision de votre avenir ? Pourquoi ?

Annexe n° 02

L'échelle de Beck

Nom : Prénom : Date :

Age : Sexe :

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 malheureux (se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

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

6 Sentiment d'être puni(e)

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

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu€ par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

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

9 Pensées ou désirs de suicide

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

10 Pleurs

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

11 Agitation

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

12 Perte d'intérêt

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

13 Indécision

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

14 Dévalorisation

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

15 Perte d'énergie

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

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

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

17 Irritabilité

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

18 Modifications de l'appétit

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

19 Difficulté à se concentrer

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

20 Fatigue

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

21 Perte d'intérêt pour le sexe

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

Résumé

Résumé

L'objectif de cette étude était d'examiner la présence de dépression chez une population de dix adultes hypertendus au niveau de l'établissement hospitalier Akoul Ali d'Akbou. Utilisant une approche clinique, des entretiens cliniques et l'échelle de dépression de Beck, les résultats ont révélé une prévalence de la dépression chez les participants hypertendus. De plus, l'analyse comparative a indiqué que les femmes hypertendues présentaient une dépression plus sévère que les hommes.

Mots clés : Hypertension artérielle, Dépression, Genre (femmes / hommes).

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى فحص وجود الاكتئاب لدى مجموعة مكونة من عشرة بالغين مصابين بارتفاع ضغط الدم بمستشفى أكول علي-أقبو. وباستخدام المنهج العيادي والمقابلات العيادية وكذلك مقياس بيك للاكتئاب، كشفت النتائج أن أفراد الدراسة المصابين بارتفاع ضغط الدم يعانون من الاكتئاب. كما كشفت مقارن النتائج بين الذكور والإثاث، إلى أن النساء المصابات بارتفاع ضغط الدم يعانيين من الاكتئاب بشكل أكثر حدة من الرجال.

الكلمات المفتاحية: ارتفاع ضغط الدم، الاكتئاب، الجنس (إناث/ذكور).

Abstract

The aim of this study was to examine the presence of depression in a population of ten hypertensive adults at the Akoul Ali Hospital in Akbou. Using a clinical approach, clinical interviews, and the Beck Depression Inventory, the results revealed a prevalence of depression among hypertensive participants. Furthermore, the comparative analysis indicated that hypertensive women exhibited more severe depression than men.

Keywords : Hypertension, Depression, Gender (women/men).