



**Faculté de médecine de Tlemcen
Dr Benzerdjeb Benaouda**

Département de –Médecine–

**Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention d'un diplôme de
doctorat en médecine**

PSYCHOLOGIE DES MALADES

Présenté par :

- Madame CHAOUCH née TALEB BENDIAB
Sarah

Encadré par :

- Professeur Ali Lounici

Année Universitaire 2014-2015

REMERCIEMENT

Louange à dieu tout puissant qui nous a donné la force et la connaissance pour accomplir une action qui lui plaise et nous a permis d'effectuer cette œuvre ;

Mes remerciements s'adressent en premier et en particulier à mon encadreur le professeur A.LOUNICI chef de service de médecine interne CHU de Tlemcen, qui a fait preuve d'une grande patience et qui ma suivie chaque étape de ce mémoire en prodiguant des conseils, des rigueurs scientifiques et des orientations parfaite afin de me permettre d'avancer ;

Je remercie toute ma famille, et la personne la plus chère à mon cœur pour son soutien, mon mari ;

J'exprime également ma gratitude envers le personnel du service de médecine interne CHU de Tlemcen, qui m'accueillis pendant mon stage et en particulier Dr BOUBKER , Dr SENDANI, Dr KHALDI, Dr SARI, et les psychologues.

Je rends grâce aussi à l'ensemble des professeurs de l'Université Abou Bakre Belkaid qui de multiples façon, ont donné une leçon, une idée ayant pu agrémenter mes connaissances et mon savoir faire.

DEDICACE

Je dédie ce modeste travail à mes très chers parents en témoignage de ma reconnaissance envers leurs soutiens, leurs sacrifices et tous les efforts qu'ils ont fait pour mon éducation ainsi que pour ma formation.

A la personne la plus chère et la plus précieuse de ma vie, mon mari pour son soutien, son amour et sa patience.

A mes très chères sœurs et à mon très cher frère pour leurs soutiens morales et émotionnels.

A toute ma famille à qui je tiens énormément.

J'espère qu'ils trouveront dans mon travail mes sincères reconnaissances et tout mon amour.

En ALGERIE, on note plus de 4 millions de diabétiques et plus de 20.000 nouveaux cas dépistés chaque année.

Le diabète est considéré comme une maladie chronique qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire durant plusieurs années, orienté par le médecin traitant avec l'accord de leurs patients.

Et pour cette raison nous projetons notre étude sur l'importance de l'éducation de ces malades, d'étudier leurs fonctionnements mentale et d'élaborer des données psychologiques par la création de la relation patient-psychologue.

La consultation psychopathologique a pour but d'évaluer ou d'orienter vers un suivi adéquat des patients dans des situations de souffrance psychologique tel que la dépression qui son degrés sera évaluer par le questionnaire du DSMIV et de l'INSIGHT développé dans ce mémoire.

Les cas de patients vus et suivis dans le cadre de notre stage au niveau du service de Médecine Interne au Centre Hospitalo-universitaire de TLEMEN, étaient très variés, nous avons choisi d'orienter notre réflexion sur des cas de patients bien spécifiques. Il s'agira de patients atteints de maladie somatique comme le Diabète. Cette situation est d'une extrême gravité car elle met la vie physique et psychologiques du malade en danger, si ce dernier néglige le suivi de son traitement et une hygiène de vie adéquate à sa maladie, aboutissant à l'échec de toute tentative de prise en charge thérapeutique sur les plans psychologiques et somatiques, alors que les pronostics vitaux sont plutôt optimistes à moyen et à long terme.

Je présente dans cette introduction ce qui a suscité mon intérêt pour mon sujet de recherche, puis je citerai les différents chapitres de ce mémoire consacré à l'étude de la psychologie des malades.

Je commence par la partie théorique qui se compose de trois grands chapitres, le premier se consacre à la définition de la psychologie, ses différents champs disciplinaires, les méthodes psychométriques et les différentes psychothérapies utilisées par les psychologues du service de Médecine Interne CHU TLEMCEN

Le deuxième chapitre est destinée à définir la maladie psychosomatique, la douleur .

Le troisième chapitre développe le DSMVI , l'INSIGNT comme questionnaire pour évaluer le degrés de dépression chez les malades diabétiques.

On se qui concerne la partie pratique de ce mémoire, elle est consacré à l'étude de 11 cas diabétiques diversifié au niveau du service de Médecine Interne vu lors de notre stage.

Cette étude porte sur l'évolution du vécu des personnes par rapport à la maladie, à leurs relations familiales et sociales.

La question centrale de mon travail de recherche est donc : « quel est le rôle du psychologue envers les patients diabétiques ? »

Et pour cette raison, je propose d'explorer les enjeux de cette problématique et d'apporter des éléments pertinents pour la construction d'espaces d'échanges entre professionnels de santé

Avant de traiter cette problématique il a fallu répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les tests psychologiques utilisés par les psychologues devant ses patients ?*
- Quels sont les différentes psychothérapies utilisées par les psychologues du service ?*
- Quels est le rôle des psychologues envers l'équipe médicale du service ?*

Ces notions nous ont éclairé le contexte et nous ont permis de focaliser les questions les plus intéressantes et les plus précises pour aborder notre problématique.

Le but de ce thème :

- ✚ *Connaitre le rôle du psychologue envers les patients diabétiques.*
- ✚ *Connaitre le rôle des psychologues envers les professionnel de santé.*
- ✚ *Amener le patient à être acteur de sa maladie, à la gérer au mieux et à adopter une hygiène de vie saine.*
- ✚ *Aborder le vécu et l'acceptation de la maladie.*
- ✚ *Analyser et prendre en compte l'humeur des patients (dépression, anxiété, mal être...).*

Section 1 : La Psychologie

1-1-Historique :

Psychologie, science des faits psychique.

Ce terme date du XVI siècle, mais il est devenu usuel à partir du XVIII siècle grâce à C.WOLFF, qui utilise dans sa psychologie empirica (1732) et sa psychologia rationalis (1734).

Longtemps conçue comme la « science de la vie mentale, de ses phénomènes et de ses conditions » (W.JAMES 1890), la psychologie de définit aujourd'hui, d'un point de vue plus global, comme la « science de la conduite ». Le mot « conduite » désigne, outre le comportement objectivement observable, l'action sur l'entourage (par la communication par exemple), l'interaction de l'organisme et de son milieu et l'action sur le corps propre (processus physiologiques conscients ou inconscient). La psychologie rassemble donc plusieurs disciplines distinctes, qui font l'objet de définitions séparées.

La psychologie ne s'est affirmée en tant que science qu'en se séparant, à la fin du XIX siècle, de la philosophie. Progressivement, malgré de graves crises intérieures (ou grâce à elles), elle s'est constituée en disciplines humaines autonome. Sa méthode, comparable à celle des autres sciences, consiste à soumettre des hypothèses aux faits objectifs ; ses moyens essentiels sont l'observation et l'expérimentation. Primitivement centrée sur l'homme normal, adulte et civilisé, elle a étendu ses investigations au malade, à l'enfant, au primitif, aux groupes sociaux et même à l'animal. Par son action pratique, elle a prouvé son existence et démontré son importance. Son champ d'application, qui semble illimitée, augmente sans cesse. Ses techniques particulières forment un ensemble irremplaçable d'action et de connaissance de l'être humain.

Cependant, comme toutes les autres sciences, la psychologie a ses limites. Les tests « d'intelligence et les méthodes projectives », par exemple, ne valent que ce que valent les psychologues qui les emploient, car ils ne se prêtent pas à une utilisation machinale¹.

1-2- Quelques définitions :

1-2-1- Définition de la psychologie générale :

Le terme psychologie provient de deux mots grecs : psyché, qui signifie âme, et logia, qui veut dire science.²

La psychologie étudie le comportement et les motivations de l'être humain d'un point de vue aussi bien intérieur qu'extérieur³

1-2-2- Définition de la psychologie clinique :

La psychologie médicale, tente de comprendre le fonctionnement du psychisme humain face à la maladie, au malade et au médecin. Le domaine de cette discipline est donc à la fois plus vaste et différent.

La psychologie médicale est l'étude scientifique des données cognitives, affectives et relationnelles conséquence de la situation de soins, mises en jeu tant chez le patient que le soignant

1-3-Les différents champs disciplinaires de la psychologie :

¹ Dictionnaire de psychologie – Norbert Sillamy – In Extenso – 2004 - page 212 & 213.

² Psychologie du développement - HU psycho - Lucile Chanquoy, Isabelle Negro - Hachette supérieur, 2004 – page 15

³ Larousse médicale – 2005 – page 851

La psychologie, en tant que science humaine, tente effectivement de comprendre, mais aussi d'expliquer les comportements et de résoudre différents problèmes, selon divers orientations.

Six spécialités sont habituellement distinguées : la psychologie clinique, la psychologie sociale, la psychologie cognitive, la psychologie différentielle, la psychologie du développement et la psychologie de l'éducation.⁴

a- La psychologie clinique :

La psychologie clinique s'intéresse à un individu en particulier et tente de comprendre ses difficultés, ses symptômes et, si possible, de l'aider à les surmonter.

La psychologie clinique s'oppose à la médecine principalement par son rapport à l'individu (malade ou patient) et par ses outils puisque, dans ce cas, le malade est à l'origine de son propre traitement.

b- La psychologie sociale:

La psychologie sociale s'intéresse aux comportements des individus en général et dans la société en particulier. Il s'agit de comprendre les rapports et les relations des individus les uns avec les autres, en fonction de conditions sociales précises (par exemple, le choix d'une place dans un restaurant, le comportement dans une foule, le rôle de la hiérarchie dans une entreprise, etc.).

c- La psychologie cognitive :

Etudie la cognition humaine. La cognition regroupe l'ensemble des opérations, activités ou processus mentaux qui permettent à l'individu d'agir face à des situations plus ou moins complexes. La psychologie cognitive cherche à déterminer et à expliquer les différents mécanismes mis en œuvre pour faire face

⁴ Psychologie du développement - HU psycho - Lucile Chanquoy, Isabelle Negro - Hachette supérieur, 2004 – page 16

aux activités quotidiennes (apprentissage, reconnaissance, lecture, écriture, résolution de problèmes ...).

d- La psychologie du développement:

Elle étudie également le fonctionnement mental ou cognitif des individus.

La différence principale entre ces deux psychologies est de nature temporelle : le cognitiviste tente de comprendre et d'expliquer les processus cognitifs mis en œuvre dans telle ou telle activité au moment *M* de son étude, tandis que le développementaliste souhaite comprendre et d'expliquer le fonctionnement cognitif (mais aussi moteur, affectif, social, etc..) des individus en étudiant leur développement au cours du temps.

e- La psychologie différentielle:

Étudie les variations de comportements entre individus et propose des théories pour en rendre compte. Elle vise à analyser les différences observées dans les comportements d'individus, lorsque ceux-ci sont placés dans des situations pourtant identiques. L'approche différentielle permet de décrire à la fois des différences intra-individuelles (par exemple, les comportements du même enfant dans des environnements différents : à l'école, dans sa famille, à la crèche, etc.) et interindividuelles (en comparant, cette fois, plusieurs individus).

f- La psychologie de l'éducation:

Elle peut être enseignée à l'université aussi bien en sciences de l'éducation qu'en psychologie. Elle concerne « toute étude qui, de près ou de loin, traite des structures et des mécanismes psychologiques susceptibles d'intervenir dans une situation d'éducation. Dans cette optique, sachant que l'éducation met en jeu les conduites psychologiques de l'individu dans leur ensemble, la psychologie de l'éducation devient le carrefour de toutes les spécialités de la psychologie contemporaine : développement, cognition, personnalité, conduites sociales... »

(foulin et mouchon, 1998 ,P 3). La psychologie de l'éducation est donc conçue comme un domaine de la psychologie dont l'objet d'étude est l'élève inséré dans un processus d'éducation.

Section 02 :La psychopathologie :

2-1- Historique:

L'histoire de la psychopathologie nous montre qu'au XX^e siècle s'est produite une importante diversification des approches théoriques de ce domaine.

Cette diversification doit être mise en relation ; d'une part, avec l'apparition de nouvelles écoles dans le domaine de la psychologie et, d'autre part, avec la complexité des phénomènes psychopathologiques qui, pour être compris, exigent des éclairages différents.

2-2- Définition de la psychopathologie :

- *Discipline ayant pour objet l'étude des troubles du comportement, de la conscience et de la communication.*

Située à mi-chemin de la psychologie et de la psychiatrie, la psychopathologie vise, d'abord, à comprendre le fait pathologique par un effort de pénétration dans l'univers morbide du sujet, en saisissant la signification du symptôme tel que celui-ci le vit ; puis, à l'expliquer en établissant des relations de causalité entre les phénomènes observés ; enfin, à tirer des lois générales concernant les processus mentaux. La psychopathologie complète l'approche clinique par des méthodes expérimentales (études des névroses provoquées chez l'animal, par exemple), les tests et la statistique.⁵

- *La psychopathologie étudie en profondeur le fonctionnement de la vie mentale et des relations humaines, notamment la dynamique liée à la souffrance psychique et à ses déterminants.⁶*
- *Discipline médicale qui se consacre à l'étude des troubles mentaux.⁷*

⁵ Dictionnaire de psychologie – Norbert Sillamy – In Extensio – 2004 – page 193

⁶ Bases psychopathologiques de la psychologie médicale Professeur Jean Naudin Mai 2005 page 47

⁷ Larousse médicale – 2005 – page 852

- *La psychopathologie s'intéresse à la description (la nosologie), à la classification (la nosographie), aux causes (l'étiologie) et à l'évolution des troubles mentaux.*⁸

2-3- Approche de la psychopathologie:

La multiplication des approches de la psychopathologie a de nombreux effets bénéfiques :

-Une meilleure connaissance des facteurs étiologiques des troubles mentaux, de leur diversité, de leurs interactions ainsi que des mécanismes sous-jacents à l'apparition de ces troubles (ce qui est désigné sous le nom de pathogénèse) ;

-Une amélioration de notre compréhension de la diversité des tableaux cliniques et de leurs éléments communs ;

-La reconstitution du continuum de l'évolution et du devenir des troubles mentaux, allant des manifestations infra cliniques de la période prodromique, de la phase de début, à la phase active du trouble, à rémission (avec ou sans symptômes résiduels) ou à l'aggravation progressive et à la chronicisation ;

-La détermination des effets des troubles mentaux sur le fonctionnement socioprofessionnel du patient et sur la vie des personnes qui se trouvent dans son environnement ;

-La compréhension de la perception qu'ont des troubles mentaux les personnes qui entourent le patient et, dans un sens plus large, les membres de la société ;

*-L'attribution d'une place plus importante au patient en tenant compte de la manière dont il vit ses troubles.*⁹

⁸ Psychologie clinique, psychopathologie, psychothérapie, Serban Lonesce et Alain Blanchet, Presse Universitaire de France 2009, page 07

⁹ Psychologie clinique, psychopathologie, psychothérapie, Serban Lonesce et Alain Blanchet, Presse Universitaire de France 2009, page 07

Section 03 : Le role du psychologue:

3-1- Définition du psychologue:

Personne dont l'activité professionnelle ne s'exerce dans l'un des domaines de la psychologie.¹⁰

Qui a une connaissance empirique, intuitive des comportements humains, qui comprennent intuitivement les idées, les sentiments des autres.

3-2- Définition du patient :

Le patient est marqué lui aussi par des facteurs psychologiques et culturels comme le médecin, ce n'est pas un simple organe malade à soigner.

Il y a des patients qu'on identifie comme des patients difficiles, ce sont des patients pour lesquels il y a une intrication entre des problématiques somatiques, organiques et des problématiques psychologique.¹¹

3-3- Le role du psychologue:

- *La psychologie est une « discipline qui vise la connaissance des activités mentales et des comportements en fonction des conditions de l'environnement ». Différents éléments orientent et guident le travail du psychologue.*
- *Les fonctions du psychologue clinicien sont multiples : traditionnellement, il participe au diagnostic (test, entretiens) et au développement de la personne (conseil, soutien, psychothérapie). Il a souvent aussi des activités de prévention, d'information, de formation et de recherche.*
- *Pour le psychologue clinicien, il s'agirait, avec le patient, d'« envisager la conduite dans sa perspective propre». Son travail est également de « relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un*

¹⁰ Dictionnaire de psychologie – Norbert Sillamy – In Extenso – 2004 – page 213

¹¹ La relation médecin malade - Cours PAES Bobigny, T Taubert, page 03

être humain concret et complet aux prises avec une situation ». Enfin, il cherche à en « établir le sens, la structure et la genèse » ainsi qu'« à déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits»¹².

Cependant, il semble important de mentionner que le métier de psychologue clinicien peut comporter quelques risques et notamment de dérives dans sa pratique. En effet, « face à la multiplicité des références théoriques possibles et à leur difficile compatibilité, le psychologue clinicien peut être tenté par telle ou telle variété de réductionnisme». Piaget définissait le réductionnisme comme « la position de principe consistant à ramener intégralement des phénomènes complexes appartenant à un certain ordre de réalité à des phénomènes plus simples, appartenant à un autre ordre de réalité posé comme plus« basal ».¹³

3-4- L'éducation thérapeutique du patient:

Cette « approche globale » correspond à notre perception du concept d'éducation thérapeutique :

1) L'éducation thérapeutique comme une aide aux « apprentissages de savoirs et savoir-faire » des patients visant à renforcer leurs compétences de gestion pratique du traitement.

2) L'éducation thérapeutique comme un « accompagnement éducatif ». *Cet accompagnement éducatif aide le patient à lever d'éventuels obstacles à son processus de déchargement et à renforcer ses ressources (psychologiques, sociales, psychosociales, cognitives, physiques, organisationnelles...) afin de faciliter la mobilisation de ces nouveaux savoirs et savoir-faire dans sa vie. Ce type*

¹² Perron R., & al. (2006). « La pratique de la psychologie clinique ». Paris : Editions Dunod page 08

¹³ Perron R., & al. (2006). « La pratique de la psychologie clinique ». Paris : Editions Dunod page 43

d'accompagnement vise également à renforcer ses compétences de gestion pratique du traitement.

3) L'éducation thérapeutique comme un « accompagnement global » de la personne ayant une maladie chronique dans son processus de changement et de développement pour « devenir autrement le même ». « Ce processus d'empotement vise à ce que la personne trouve un autre équilibre de vie, un autre équilibre dans la satisfaction de ses besoins de santé, et une autre qualité de vie satisfaisante. Il s'agit pour la personne de trouver la possibilité de mener une vie qui soit compatible le plus possible à la fois avec les contraintes de sa maladie et à la fois avec la représentation qu'elle se fait d'une vie « souhaitable » pour elle ». Ce type d'accompagnement vise à aider le patient à s'adapter (notamment en renforçant ses compétences psychosociales) pour réussir à satisfaire ses besoins propres et pour réaliser ses projets de vie. Selon nous, cette dimension « psycho-sociale » représente la partie la plus difficile à aborder par les soignants-éducateurs, formés à des approches biomédicales.¹⁴

3-5- Relation patient-psychologue :

Cette relation repose sur la confiance du malade dans le traitement et dans la personne du thérapeute, sur le lien de compréhension réciproque qui s'établit entre eux et grâce auquel le patient peut exprimer ses problèmes librement, sans d'être mal jugé, libérer (sur le plan verbal) ses pulsions et remettre en question l'image qu'il se faisait de lui-même. Dans la relation interhumaine ainsi créer, le sujet apprend à modifier ses attitudes à l'égard de lui-même et du monde extérieur, à mieux s'ajuster à la réalité.¹⁵

¹⁴ Marion DITCHARRY , psychologie de la santé à Bordeaux II , encadrée par le CCECQA., Quel est le rôle du psychologue en éducation thérapeutique du patient ? Master 2 professionnel : Psychologie clinique option « psychopathologie de l'adaptation au stress » 2011, page 08

¹⁵ Dictionnaire de psychologie – Norbert Sillamy – In Extenso – 2004 - page216

Section 04 : La psychométrie :

4-1-Définition de la psychométrie :

Etude des théories et des méthodes de création et d'utilisation des outils de mesure en psychologie. Même si ce terme recouvre l'étude de l'ensemble des mesures utilisées en psychologie il sera principalement associé à l'utilisation des tests et questionnaires. Il s'agira alors d'étudier, de mesurer et d'augmenter les qualités psychométriques des tests dont les plus communes sont :

-La fidélité : *ce qui fait qu'une épreuve appliquée deux fois de suite à un même individu donne des résultats identiques. Il est possible de la mesurer par la constance d'un test-retest, par le calcul de l'homogénéité des items (constance interne du test), par des méthodes d'équivalence (construction de différentes versions du test), etc.*

-La sensibilité ou finesse descriptive : *elle est fonction du classement des résultats à un test, du nombre d'échelons sur lesquels les individus vont se différencier. Un test pour être utilisable doit être assez sensible pour discriminer des groupes d'individus, mais sans l'être trop pour éviter que chaque individu soit une catégorie à lui seul.*

-La validité : *un test dit valide lorsqu'il mesure effectivement ce qu'il doit mesurer. On estime cette validité de différentes manières comme la mise en corrélation avec un autre test déjà validé mesurant la même chose, la confrontation à des estimations de professionnels, la corrélation avec des mesures objectives, etc.¹⁶*

4-2-Principes psychométriques généraux :

Comme l'indiquent Delay et Pichot (1965) « un des buts d'une science est de soumettre les phénomènes qu'elle envisage à la mesure, d'être capable d'une observation quantitative, la quantification étant le mode de classement des faits le plus facile à utiliser pour l'exposé a des lois.

¹⁶ la psychologie de AàZ , Camilo Charron, Nathalie Dumet, Nicolas Guéguen, Alain Lieury, Stéphane Rusinek, Dunod, Paris, page 154

On appelle méthode psychométrique l'ensemble des procédés aboutissant à une description quantitative des lois psychologiques. La méthode psychotique est d'un emploi très général, dans le cadre de la méthode expérimentale. Plus limitée dans ses buts est la méthode des tests, qui en est seulement une partie, bien qu'en pratique les deux expressions soient souvent prises dans un sens identique ». Ces auteurs précisent qu'en fait, le test mental est une « situation expérimentale standardisée » qui va servir de stimulus à un comportement.

Ce comportement est évalué par une comparaison statistique avec celui d'autre individus placés dans la même situation, permettant ainsi de classer le sujet examiné, soit « quantitativement », soit « typologiquement ». Cette définition souligne les conditions nécessaires et suffisantes pour qu'un stimulus puisse recevoir le nom de test. Il devra être standardisé, c'est-à-dire qu'il devra être rigoureusement identique à lui-même dans des conditions invariables. Par ailleurs, il est nécessaire que deux observateurs différents observent la même réponse la notent de manière univoque.

Le comportement sera évalué statistiquement par rapport à des normes de référence.

En psychologie, la « mesure » dans les tests, est en réalité un « repérage sur une échelle ».

Cette échelle est elle même constituée par l'analyse des résultats d'un groupe d'individus de référence (population générale ou population spécifique d'un point de vue de la pathologie). Le résultat d'un test permettra, e cette façon, de repérer la position du sujet examiné par rapport aux individus du groupe d'étalonnage. Les épreuves qui ne sont pas évaluées de cette manière, c'est-à-dire en référence à un étalonnage explicite, ne constituent pas un test. Par ailleurs, les tests fournissent des informations précises et concises sur le psychisme de l'individu et donnent des résultats quantitatifs permettant une

finesse de discrimination entre les comportements. La méthode des tests, pour avoir une valeur réelle, doit être employée dans des conditions précises.¹⁷

4-3- Les tests psychologiques : les tests psychométriques et projectifs :

Dans le domaine de la psychométrie, on distingue habituellement les tests mentaux et les échelles d'évaluation (Guelfi et al.,1996 ;Fernandez et al ;2001,Bernard,2007).

On appelle « test mental », une situation expérimentale rigoureusement standardisée dans laquelle un stimulus est présenté à un sujet. La réponse de celui-ci est alors enregistrée et évaluée par une comparaison statistique à une population de référence, population générale ou population spécifique du point de vue de la pathologie. Cette comparaison visé à classer l'individu examiné soit quantitativement, soit qualitativement par rapport à la population d'étalonnage de référence (Pichot,1981) Les échelles d'évaluation permettent d'évaluer dans une situation semi-standardisée (entretien, observation) une ou plusieurs caractéristiques qui peuvent être des phénomènes psychologiques ou clinique comme l'anxiété Etat ou Trait (Echelle d'anxiété Etat-Trait de Spielberger), l'alexithymie (Echelle d'alexithymie de toronto (TAS) ou l'estime de soi (Inventaire d'estime de soi de Coopersmith). Ces échelles sont constituées d'un ensemble d'énoncés (items) qui sont des indicateurs permettant d'attribuer une valeur numérique à la dimension psychologique étudiée. Les échelles d'évaluation représentent d'avantage des questionnaires d'état que des tests (Bouvard et Cottraux, 1996).

Il existe plusieurs types de tests et d'échelles :¹⁸

¹⁷ Psychologie clinique, psychopathologie, psychothérapie, Serban Lonesce et Alain Blanchet, Presse Universitaire de France 2009, page 243

¹⁸ Psychologie clinique, psychopathologie, psychothérapie, Serban Lonesce et Alain Blanchet, Presse Universitaire de France 2009, page 247

4-3-1- Les tests cognitifs : (WISC, WAIS) sont utilisés chez l'enfant et chez l'adolescent et il existe des versions destinées aux personnes adultes, ces tests sont centrés sur l'examen des fonctions intellectuelles.

4-3-2- Les tests de personnalité : (MMPI, Inventaire de personnalité de Eysenck, etc.) permettent de quantifier des « dimensions fondamentales » de la personnalité.

4-3-3- Les techniques projectives : Représentent aussi une forme de test très utilisée par les psychologues cliniciens, ces derniers s'inscrivent dans une méthodologie clinique et ont la particularité de fournir des réponses riches permettant une analyse clinique fine, en ce sens, ces tests dépassent les questionnaires qui sont assez fermés et ne révèlent rien du vécu du sujet.

4-3-4- Les échelles d'évaluation clinique : Permettent de qualifier et d'objectiver de manière standardisée un certain nombre de données cliniques permettant ainsi une application au niveau du diagnostic, du fonctionnement psychologiques, du plan de traitement ou de la recherche en psychologie clinique.

Section 05 : Les psychothérapies :

5-1-Définition :

Application méthodique de techniques psychologiques déterminées pour rétablir l'équilibre affectif d'une personne.

Toutes les méthodes psychothérapeutiques (soutien moral, suggestion, éducation, rééducation, psychanalyse, etc.), qui sont fondées sur la communication établie entre le thérapeute et le malade, poursuivent des buts identiques, c'est-à-dire l'épanouissement de la personnalité et une meilleure intégration sociale du sujet.

Chez les enfants, la psychothérapie repose essentiellement sur les techniques expressives telles que le dessin, le modelage les marionnettes.¹⁹

5-2-Définition du psychothérapeute :

Les psychothérapeutes sont des spécialistes, médecins psychiatres, psychologues, psychanalystes (médecins ou non médecins)

5-3-Les différentes psychothérapies :

5-3-1-Thérapie comportementale cognitif (TCC) :

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une thérapie brève, validée scientifiquement, qui vise à remplacer des idées négatives et les comportements inadaptes par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité.

5-3-2-Thérapie psychanalytique :

La psychanalyse a pour but de faire revenir au niveau conscient les conflits et traumatismes enfouis dans l'inconscient à l'origine de troubles psychiques actuel. Cette méthode de psychothérapie considère que les expériences de l'enfance, même très précoces peuvent expliquer certaines souffrances.

¹⁹ Dictionnaire de psychologie – Norbert Sillamy – In Extenso – 2004 – page 216

5-3-3- Thérapie analytique du groupe :

Les thérapies de groupe doivent aider à mieux vivre les situations de groupe qui peuvent poser problème. C'est un mode de traitement des troubles psychiques qui peuvent se manifester dans les relations d'une personne avec son environnement.

5-3-4-Thérapie familiales systémiques :

La thérapie familiale est une technique spécifique de psychothérapie qui a pour but de favoriser les échanges entre les membres d'une famille.

5-3-5-Thérapie interpersonnelle (TIP) :

Cette thérapie est une psychothérapie limitée dans le temps qui a initialement été développée par Gerald Kherman dans le cadre de la recherche sur le traitement de la dépression de l'adulte dans les années 1970.

5-3-6-Thérapie de couple :

Les couples peuvent établir des déséquilibres dans la relation, il est possible d'entamer une thérapie à deux.

5-3-7-Psychothérapie centrées sur le corps :

L'image du corps réel et du corps imaginaire s'affrontent. La psychomotricité ou la bioénergie peuvent améliorer ces distorsions.

5-3-8-La thérapie suggestive :

La suggestion est une technique psychique reposant sur la croyance que le psychothérapeute peut influencer par la parole un état affectif ou une conduite du patient.

5-3-9-Thérapie de soutien :

Le terme psychothérapie de soutien définit un objectif thérapeutique qui ne renvoie pas à une catégorie clairement définie. Une telle psychothérapie se distingue de psychothérapie visant à modifier la personnalité les processus, et les mécanismes psychiques comme la psychothérapie psychanalytique l'objectif

de la psychothérapie de soutien est d'aider la personne à supporter ses symptômes ou ses problèmes généraux, d'apporter un soutien moral.²⁰

²⁰ <http://www.psycom.org/Soins-et-accompagnement/Therapies>

Section 01- La maladie:

1-1 Quelques définitions:

1-1-1- Définition de la maladie chronique:

La maladie se définit par rapport à la santé. La santé est un état de bon fonctionnement de l'organisme. La santé, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (W.H.O, 1998), se caractérise par « un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Nous relevons ici la notion de bien-être à plusieurs niveaux, pas seulement physique ou mental.¹

Une maladie est une « altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et para cliniques, une évolution, un pronostic et un traitement. » (Ybert et al., 2001, p 559).

Une maladie chronique est une « maladie de longue durée caractérisée par des symptômes légers et évoluant parfois vers la récupération ou vers le décès par cachexie ou par complication d'une maladie aiguë. » (Bérubé, 1991, p 130).

Les maladies sont répertoriées et classifiées dans le CIM-10, classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexe, établie par l'OMS. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est parmi les rares à proposer une définition stable de ce qu'est la "qualité de vie" (et non "qualité de la vie"). Elle est définie de la sorte : "la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes". La maladie est définie par rapport à la Santé comme un "État complet de bien-être physique, mental et social, et pas seulement

¹ Françoise PATOIZEAU, épouse DESCLEVES, L'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à l'amélioration de symptômes de maladies chroniques , M1 Psychologie Clinique et Psycho-Pathologique, INSTITUT D'ENSEIGNEMENT A DISTANCE DE L'UNIVERSITE PARIS 8, année 2007/2008, page 10

l'absence de maladie ou d'infirmité", OMS, art. 1, Constitution de 1946. La maladie chronique est une affection de longue durée, dont l'évolution est incertaine, et qui nécessite un apprentissage "professionnel" accéléré de la part du patient. L'annonce de la maladie représente un véritable "choc" pour la personne : c'est la fin d'un temps de vie d'où la maladie était absente, voire inimaginable, elle sous-entend la notion d'irréversibilité. Elle entraîne toujours un bouleversement de la vie, avec un retentissement sur la vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale. Ce changement de vie induit une succession de ruptures, de pertes, de renoncements, d'adaptations, de reconstructions physiques et psychiques. Tout dépend du type de maladie chronique, de son pronostic et de l'organe atteint (lésion soumise ou non au regard d'autrui). Bien entendu, l'annonce n'aura pas le même impact pour un rhumatisme inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite...) que pour une arthrose, une pathologie vertébrale, une ostéoporose, ou encore pour une sclérodermie ou une pathologie maligne (myélome, tumeur osseuse...). Certaines maladies rares (syndrome de Marfan, par exemple) doivent être considérées à part, car l'annonce d'une maladie génétique nécessite une démarche bien particulière où intervient une équipe multidisciplinaire spécifique (cardiologue, généticienne, rhumatologue, pédiatre, ophtalmologiste, psychologue, assistante sociale, infirmière...) et qui concerne le patient et toute sa famille.²

1-1-2- Définition de la maladie psychosomatique:

C'est une maladie caractérisée par des symptômes physiques dont les causes sont multiples, mais où des facteurs émotionnels jouent un rôle important. Elle affecte habituellement un organe ou un système physiologique. Les

² Françoise PATOIZEAU, épouse DESCLEVES, L'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à l'amélioration de symptômes de maladies chroniques, M1 Psychologie Clinique et Psycho-Pathologique, INSTITUT D'ENSEIGNEMENT A DISTANCE DE L'UNIVERSITE PARIS 8, année 2007/2008, page 10

manifestations physiologiques sont celles qui accompagnent normalement certaines émotions, mais elles sont plus intenses et plus prolongées. Des émotions réprimées ont une action physiologique qui, si elle est durable et suffisamment intense, peut amener des perturbations de la fonction, voire une lésion de l'organe. Le malade n'est pas conscient de la relation qui existe entre sa maladie et ses émotions (Bérubé, 1991, p 130).

Françoise PATOIZEAU, épouse DESCLEVES, M1 PCPP IED Paris 8 11

La maladie constitue « un événement ni choisi, ni désiré et qui annonce la perspective d'interventions, de menaces parfois vitales entraînant des répercussions au plan émotionnel qui sont déterminantes quant à l'adaptation de la personne à sa nouvelle situation ». La dimension psychique se trouve donc « au cœur même de l'expérience de maladie » (Lacroix A., 2007).³

1-1-3-Définition d'un symptôme:

Nous trouvons deux définitions : celle de la médecine générale et celle de la psychanalyse.

Pour la médecine générale, un symptôme est « toute manifestation d'une affection ou d'une maladie contribuant au diagnostic, et plus particulièrement tout phénomène perçu comme tel par le malade.

Les symptômes subjectifs, ou signes fonctionnels, sont couramment appelés symptômes. Il s'agit de phénomènes perçus par le malade, qui révèlent une lésion ou un trouble fonctionnel.

Ils sont donnés par le patient lors de l'interrogatoire par le médecin, premier temps de l'examen. Dans un deuxième temps, le médecin procède à l'examen physique du patient pour rechercher et identifier les signes objectifs d'une

³ Françoise PATOIZEAU, épouse DESCLEVES, L'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à l'amélioration de symptômes de maladies chroniques, M1 Psychologie Clinique et Psycho-Pathologique, INSTITUT D'ENSEIGNEMENT A DISTANCE DE L'UNIVERSITE PARIS 8, année 2007/2008, page 10

maladie. La confrontation des symptômes et des signes permet d'orienter le diagnostic. » (Ybert et al., 2001, p 895).

Pour la psychanalyse, un symptôme est la « manifestation phénoménale ou comportementale d'un trouble inconscient. » (Bloch et al., 2002, p 1285).

Nous relevons ici que la médecine générale recherche des signes physiques (et non psychiques) pour établir un diagnostic de la maladie. Pour la psychanalyse, le symptôme est le signe d'un trouble psychique inconscient (et non d'un trouble physique). Nous voyons déjà dans ces deux définitions la séparation entre le corps et l'esprit.⁴

Symptôme, phénomène perceptible qui révèle un processus caché.

Envisagé en termes de conflit, le symptôme peut être conçu comme la réaction de l'organisme à un agent pathogène.⁵

1-1-4-Maladie, santé et qualité de vie :

Les médecins, les familles et les patients peuvent évaluer différemment les effets des thérapies sur les maladies, comme le démontre l'étude de Januck (1982, cité par Trombini & Baldoni, 2005, p 223) sur la qualité de vie pour des personnes hypertendues ayant eu une thérapie pharmacologique anti-hypertensive.

La qualité de vie est considérée comme un facteur clé de la santé par l'OMS. Pour cette organisation, la mesure de la santé doit inclure non seulement une indication des changements dans la fréquence et la sévérité des troubles, mais aussi une estimation du bien-être. Ceci peut être fait en mesurant l'amélioration de la qualité de vie.

L'OMS définit la qualité de vie ainsi (W.H.O., 1998, p 11) : c'est la perception de l'individu sur sa position dans la vie, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs, et en relation avec ses objectifs, attentes, et préoccupations.

⁴ Françoise PATOIZEAU, épouse DESCLEVES, L'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à l'amélioration de symptômes de maladies chroniques, M1 Psychologie Clinique et Psycho-Pathologique, INSTITUT D'ENSEIGNEMENT A DISTANCE DE L'UNIVERSITE PARIS 8, année 2007/2008, page 11

⁵ Dictionnaire de psychologie – Norbert Sillamy – In Extenso – 2004 - page260

Les domaines revus par l’OMS (W.H.O., 1998, p 19) pour établir la qualité de vie sont les suivants :

- *La santé physique,*
- *L’état psychologique,*
- *Le niveau d’indépendance,*
- *Les relations sociales,*
- *L’environnement de la personne,*
- *Les croyances personnelles.*

L’OMS a élaboré un questionnaire d’auto-évaluation de la qualité de vie, en version complète, le WHOQOL-100 (100 questions), et en version abrégée, le WHOQOL-BREF (26 questions).

Les domaines de vie évalués par le WHOQOL-BREF sont (W.H.O., 1998, p 44):

- *La santé physique,*
- *L’état psychologique,*
- *Les relations sociales,*
- *L’environnement de la personne.⁶*

1-1-5-Le vécu de la maladie :

Selon Pardinielli (2005), Vannotti et Gennart (2006), il y a trois principaux pans du vécu de la maladie : le vécu du corps malade, le vécu psychologique de la maladie, et le vécu temporel de la maladie.

Vannotti et Gennart font le lien entre le vécu de la maladie et l’approche phénoménologique de toute chose, qui est l’expérience, la prise de connaissance de l’objet, des phénomènes du monde par le sujet, au moment de leur mise en relation, sans préconçu théorique au sujet de ces phénomènes. Notre corps, « foyer de notre engagement au monde », nous amène à construire un sens de la

⁶ Dic Françoise PATOIZEAU, épouse DESCLEVES, L’apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à l’amélioration de symptômes de maladies chroniques , M1 Psychologie Clinique et Psycho-Pathologique, INSTITUT D’ENSEIGNEMENT A DISTANCE DE L’UNIVERSITE PARIS 8, année 2007/2008, page 16

Réalité, telle qu'elle nous apparaît. C'est à travers son corps que « l'homme agit, ressent, pense et communique », c'est à travers son corps qu'il va faire l'expérience de la santé et de la maladie. Si nous sommes en bonne santé, nous nous appuyons sur notre corps pour vivre « au-delà » de notre corps. En revanche, la maladie produit « une dissociation en nous-mêmes et la partie de notre corps qui nous fait souffrir », crée une difficulté au niveau psychique. Notre présence à soi est modifiée, c'est comme si la partie de notre corps qui nous faisait souffrir n'était pas « nous-mêmes ». Vannotti & Gennart parlent ici de la maladie physique, et nous faisons une extension à la maladie psychique, de par la représentation intérieure que nous avons de toute chose. Pedinielli (2005, pp 81-82) souligne que, dans la maladie physique, « l'autonomie de l'organe confronte le sujet à un risque de morcellement avec lequel il doit lutter », et que l'organe incriminé peut opérer dans la représentation du patient un phénomène de clivage entre ce qui est mauvais et ce qui est bon.

Françoise PATOIZEAU, épouse DESCLEVES, M1 PCPP IED Paris 8 18

La maladie ne modifie pas seulement notre présence à nous-mêmes mais aussi notre présence au monde, à ce qui nous entoure : elle réduit notre monde en « rapprochant ses limites à la portée de notre corps ». Le vécu de la maladie affecte l'être dans sa relation à soi, à la sphère familiale, et, plus largement à la sphère sociale (nous retrouverons plus loin cette notion chez Onnis).

Straet & Picard (2007) notent d'ailleurs combien, dans leur pratique de médecins généralistes, la prise en compte du vécu du patient par rapport à sa maladie et sa place dans son monde a été clé pour soigner de façon efficace, plutôt que de se cantonner à une approche détachée. Kübler-Ross, citée par Pedinielli (2005, p 43), décrit les phases psychologiques par lesquelles le malade passe, au moment où il sait qu'il est atteint d'un cancer, avant d'accepter la maladie. C'est un cycle similaire au cycle du deuil, décrit également par Kübler-Ross. Ce travail psychique peut se retrouver chez tous les personnes atteints de maladie grave, qu'elle soit physique ou psychique :

- *Phase de refus ou d'isolement* : cette phase doit être respectée, car elle sert « d'amortisseur » à la perception ou à la connaissance de l'aspect fatal ou gravissime de la maladie
- *Phase de colère (irritation)* : elle est liée à la question « pourquoi moi ? », et peut amener à des projections agressives, pouvant amener la rupture du lien médecin – malade
- *Phase de marchandage* : il se retrouve avec le soignant, et très souvent avec Dieu
- *Phase de dépression* : elle a deux aspects, la dépression réactionnelle due aux pertes [de sa perception à soi et aux autres, voir Vannotti & Gennart (2006)] et le « chagrin préparatoire » d'acceptation de son destin
- *Phase d'acceptation* : phase pendant laquelle la personne est vide de sentiment
- *Phase d'espoir* : l'espoir est présent dans toutes les phases de la maladie et demeure jusqu'aux derniers instants, selon Kübler-Ross.

Pedinielli (2005, p 52) note également que, dans l'approche temporelle de la maladie, le futur est limité au futur immédiat : les malades, surtout ceux présentant un pronostic sévère, énoncent peu de projets concernant l'avenir. Le futur s'exprime alors sous deux formes : la forme positive évoquant la possibilité d'un retour au passé plus serein, la forme négative évoquant « la répétition, le retour au même », l'absence de la nouveauté ou de l'inconnu.⁷

1-1-6-Stratégies de coping

« Coping », terme anglais, est utilisé en psychologie, et signifie « adaptation ». Les stratégies de coping sont celles utilisées par une personne pour affronter et résoudre des situations existentielles problématiques, donc de stress. (Trombini & Baldoni, 2005, p 145).

⁷ Françoise PATOIZEAU, épouse DESCLEVES, L'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à l'amélioration de symptômes de maladies chroniques, M1 Psychologie Clinique et Psycho-Pathologique, INSTITUT D'ENSEIGNEMENT A DISTANCE DE L'UNIVERSITE PARIS 8, année 2007/2008, page 17

Trombini & Baldoni (2005, pp 145, 150) présentent d'une manière synthétique l'adaptation au stress, pouvant entraîner la maladie, et les différentes stratégies de coping que nous pouvons adopter.

-Événements stressants

-Emotions Coping

-Stress physique et psychologique

-Défenses biologiques (somatisations)

-Défenses psychologiques

-Symptômes physiques (symboliques ou non)

-Symptômes psychologiques

-Relations circulaires entre stress, émotions et défenses, d'après Trombini & Baldoni (2005, pp 145; 150)

Seyle (cité par Trombini & Baldoni, 2005, p 133) définit le stress « comme la réponse non spécifique de l'organisme à chaque demande de changement ». Le stress n'est pas forcément négatif, mais la rencontre entre les événements stressants et nos habiletés physiques et psychologiques va donner une réponse adaptative, mettant en place des défenses psychologiques ou biologiques, qui peuvent produire des maladies, liées à notre capacité d'intégration de ces événements stressants, et à nos stratégies de coping.

Pour Engel (1962, cité par Trombini & Baldoni, 2005, p 138), trois types d'événements peuvent prendre une valeur psychologiquement stressante :

- *Une perte ou une menace de perte d'un objet (au sens d'une personne, d'une chose, d'une fonction ou d'une idée qui ont pris un rôle clé dans l'assouvissement de nos besoins)*
- *Un préjudice ou une menace de préjudice*
- *La frustration d'une pulsion*

Engel et ses collaborateurs notent qu'une relation existe entre l'existence de ces événements et l'aggravation de maladies physiques et psychiques chez des personnes incapables d'affronter et d'élaborer psychiquement une perte.

(Trombini & Baldoni, 2005, p 142). Cela nous amène à considérer les habiletés psychologiques de la personne à répondre au stress.

Dans le modèle de Lazarus et Folkman, « les stratégies de coping sont considérées comme des réponses à des conditions stressantes spécifiques, et leur choix est fonction de l'évaluation cognitive de l'évènement ». Pour eux, il y a deux types de stratégies choisies par l'individu :

- Celles centrées sur le problème à affronter, donc sur l'origine externe du stress (« problem-focused strategies »)
- Celles centrées sur la régulation de ses propres émotions engendrées par le stress, donc sur la conséquence interne du stress (« emotion-focused strategies »)

L'utilisation de ces stratégies de coping est liée aux caractéristiques personnelles de l'individu :

-Une personne à haut degré d'extraversion utilisera plus un coping focalisé sur le problème,

-Une personne à haut degré de névrotisme utilisera plus un coping focalisé sur les émotions internes.

L'extraversion et le coping focalisé sur le problème semblent conduire à un résultat plus positif.⁸

⁸ Françoise PATOIZEAU, épouse DESCLEVES, L'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à l'amélioration de symptômes de maladies chroniques , M1 Psychologie Clinique et Psycho-Pathologique, INSTITUT D'ENSEIGNEMENT A DISTANCE DE L'UNIVERSITE PARIS 8, année 2007/2008, page 19

Section 02 : La douleur :

2-1-Définition :

Les difficultés à définir la douleur sont dues à la complexité du phénomène. Pour rendre compte des différentes dimensions de la douleur, de nombreuses définitions se sont succédées :

« sensation physique pénible à endurer »

« situation traumatique génératrice d'angoisse »

« détresse issue du corps et de l'esprit »

Dans le langage courant deux termes s'opposent : la douleur, physique et la souffrance morale.

L'étymologie des verbes dont sont issus les substantifs souffrance et douleur, peut nous éclairer sur le sens que nous attribuons aujourd'hui à ce deux termes.

*D'une part, **Souffrir**, du latin sufferre est un composé de ferre : « porter ». Subferre, c'est « supporter », mais aussi « soutenir », « endurer ». Ces verbes, dont la construction requière un sujet, évoquent l'épreuve active de ce dernier.*

*D'autre part, **Douleur**, du latin doleo était une construction impersonnelle ou qui avait pour sujet la partie douloureuse et qui a donné en ancien français le verbe pronominal se douloir.*

Il en découle un usage particulier que nous faisons de ce deux termes aujourd'hui : le mot « souffrance » renvoie à l'expérience d'un sujet, tandis que le mot « douleur » est une sorte d'objectivation de cette souffrance.

*Suivant cette logique dualiste, nous pourrions dire que la prise en charge **médicale** cherche à soulager la **douleur**, alors que le **psychologue** travaille sur la **souffrance** qui accompagne cette douleur. **Mais toute réflexion sur la douleur devrait commencer par un examen critique du dualisme qui structure nos pensées.***

En 1979, la IASP (International Association for Study of Pain) a donné une définition de la douleur qui est actuellement la référence :

« Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associé à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage »

Cette définition considère le stimulus algogène, sans sous-estimer l'importance de son appréciation, suivant sa connotation affective et son interprétation cognitive.

2-2-La douleur, un phénomène multidimensionnel :

Malgré les efforts réalisés pour arriver à une définition « objective », la douleur reste une expérience subjective et individuelle.

Une multiplicité de facteurs influencent le vécu douloureux : la personnalité, l'histoire, l'environnement familial, social et culturel de l'individu qui souffre. C'est pourquoi, le phénomène douloureux demande une lecture multidimensionnelle pour être compris dans sa complexité.

Je mettrai l'accent sur trois dimensions principales :

2-2-1-La dimension sensori-discriminative :

C'est la perception des sensations nociceptives : localisation, intensité, durée et qualité de la douleur. Elle permet à l'individu d'appréhender, par exemple, le type de douleur (brûlure, piqûre, etc).

Des avancées importantes dans la thérapeutique médicale, surtout en ce qui concerne la douleur aiguë, ont été possibles grâce aux connaissances neurologiques relatives à cette dimension du phénomène douloureux. Cette dimension comporte les aspects anatomiques et physiologiques. Elle renvoie à un concept de douleur médicalisé, la « douleur sensation », considérée comme l'expression d'un dysfonctionnement physiologique. Mais il est important de signaler qu'il n'existe pas de relation directe entre la lésion constatée et la douleur perçue.

L'activité des récepteurs spécifiques est une condition nécessaire pour éprouver une sensation douloureuse mais il n'y a pas une relation simple et directe entre l'activité des nocicepteurs et l'expérience perceptive.

Un autre aspect doit être pris en compte, c'est la dimension psychologique.

2-2-2-La dimension Psychologique :

Des facteurs psychologiques s'interposent entre le stimulus et la perception. L'expérience perceptive dépend du passé de l'individu, de son interprétation de la situation, de son contexte.

Une compréhension psychologique de la douleur passe par un travail d'évaluation des aspects affectifs, cognitifs et comportementaux. Les trois composantes de la perception douloureuse à évaluer sont donc :

-La composante émotionnelle :

C'est le ressenti du sujet, sa souffrance. Il s'agit d'une tonalité affective plus ou moins désagréable en réponse à des sensations ressenties par l'organisme comme une menace à son intégrité. L'émotion (anxiété, peur) est déclenchée par la perception du message nociceptif, comme un système de réponse aux stimuli agressifs.

Cette dimension est pour l'essentiel, sous la dépendance des aires corticales frontales. Les systèmes réticulés et limbiques analysent la composante affective. La tolérance à la douleur est déterminée par des variables psychologiques et se manifeste au niveau de la composante affective. Elle dépend de la personnalité du sujet et du contexte. La signification accordée à la douleur va déterminer l'affect généré et par conséquent le seuil de tolérance.

-La composante cognitive :

C'est la reconnaissance et l'interprétation de la perception douloureuse. Il s'agit de l'ensemble des explications rationnelles que le patient se fait de son état, des interprétations personnelles qui déterminent la signification donnée à sa douleur. Or, les affects et les cognitions sont solidaires.

La cognition est l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir sur soi et sur le monde.

Les informations sont traitées en fonction de schémas appris et la modalité de traitement de l'information est déterminée par l'éducation, la culture et la

société. Ce traitement influence à son tour le sens attribué aux objets par le langage et par le comportement qui en découle.

Dans le cas de la douleur, cette dimension fait appel aux concepts d'anticipation et de mémoire pour lesquels le système limbique semble être aussi directement impliqué.

Les principaux facteurs cognitifs susceptibles d'influencer la perception douloureuse sont :

- L'attention
- La suggestion verbale
- La signification de la douleur
- Les attitudes face à la douleur
- La possibilité de contrôle

-La composante comportementale

Directement liée à la composante antérieure, celle-ci constitue l'ensemble de manifestations verbales et non verbales observables (gémissements, mimiques, postures, demande de soins, etc.).

Certains comportements douloureux sont innés, déterminés génétiquement et déclenchés par des stimulations nociceptives. C'est le cas du retrait, du gémissement, des modifications du SNA et de certaines expressions faciales.

Les autres comportements douloureux passent par un apprentissage. Ils sont appris dans l'enfance par modeling et par un système de renforcement / récompenses. De fait, sur le plan social, les comportements douloureux représentent un moyen de communication. Les facteurs environnementaux et les relations interpersonnelles jouent un rôle essentiel dans l'apparition et l'entretien de ces comportements.

2-2-3-La dimension socio-culturelle :

La douleur est aussi une construction anthropologique et sociale : sa signification change suivant les époques et entre les différentes civilisations. Le rapport des hommes à la douleur est modifié par les croyances, inscrites dans

un cadre philosophique ou religieux. Le sens qu'une société donne à la douleur aura donc des conséquences sur l'expérience individuelle de la douleur.

De plus, la douleur s'exprime à travers un comportement social codifié. Le « langage de la douleur », s'insère dans les normes du licite et de la transgression, normes et codes qui dépendent de formations culturelles.

2-3- Les spécificités de la dimension psychologique de la douleur chronique :

2-3-1-Le syndrome douloureux chronique :

La douleur aiguë est un signal d'alarme qui joue un rôle de protection de l'organisme.

L'anxiété et la peur réactionnelles en sont les expressions affectives immédiates. Au delà de trois mois, si la douleur se pérennise, on commence à parler de douleur chronique.

Il peut s'agir d'un message douloureux persistant malgré le traitement. C'est le cas des douleurs neuropathiques, sympathiques ou par excès de nociception difficiles à maîtriser (métastases osseuses, par exemple).

*Si le comportement douloureux s'autonomise et exprime principalement des problématiques psychiques, on peut parler d'un **Syndrome Douloureux Chronique**, c'est à dire, des manifestations physiques, psychologiques, comportementales et sociales qui font considérer la douleur persistante comme une maladie en soi. L'installation de l'anxiété et de la dépression en sont les états émotionnels concomitants. La douleur qui commence comme un message sensoriel désagréable entraîne des modifications affectives, cognitives et comportementales.*

Ainsi, si la douleur persiste, le message sensoriel restera au premier plan de la plainte, mais une organisation pathologique plus globale se développera autour. Lorsque la douleur devient chronique elle entraîne une restructuration de la vie du sujet. Ses conséquences se manifestent dans différents domaines :

-Dépression : tristesse, baisse de la libido, troubles du sommeil et de l'alimentation, etc.

-Troubles cognitifs et comportementaux : perte de confiance en soi, culpabilité, régression, comportements d'évitement ou inadaptés, recherche de bénéfices secondaires, etc.

-Difficultés professionnelles : arrêts de travail, diminution des performances, problèmes économiques, relationnels et familiaux, etc.

C'est pourquoi le traitement des patients douloureux chronique, requiert une stratégie multifactorielle.⁹

⁹ Maria Laura MARTIN , La prise en charge psychologique de la douleur chronique, Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur, CHU Timone, Marseille, France, 2000-2001, page 05

Section 01 : DSM IV

1-1-Introduction :

1-1-1-Historique :

Le DSM-IV est la dernière édition de la série des manuels diagnostiques et statistiques des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie : DSM -I (1952), DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994) . Etant donné que l'intervalle entre la parution du DSM-IV et celle du DSM-V sera plus long que celui entre le DSM-III et DSM-III-R et que celui entre le DSM-III-R et le DSM-IV, il a été décidé de réaliser une révision du DSM-I.¹

1-1-2-Principe du DSMIV :

Le DSM-IV-TR est basé sur un système opérationnel de critères diagnostiques. Les critères opérationnels d'inclusion et d'exclusion dans une catégorie diagnostique ont été introduits aux Etats-Unis, par ce qu'on appelle maintenant l'école de Saint-Louis. Ces critères viennent pallier l'absence, en psychiatrie, de signes pathognomoniques et d'examens de laboratoire. Ces critères diagnostiques sont descriptifs. Leur définition est précise et univoque, de manière à être communicable. La démarche diagnostique est polythétique. Cela signifie que le diagnostic d'un trouble donné requiert la présence d'un nombre précis de symptômes parmi ceux qui figurent sur la liste dressée pour le trouble

¹ Psychologie clinique, psychopathologie, psychothérapie, Serban Lonesce et Alain Blanchet, Presse Universitaire de France 2009, page 76

en question. En même temps, aucun symptôme de la liste n'est indispensable pour diagnostiquer le trouble considéré.²


1-2-Définition du DSM-IV :

(*DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUEL OF MENTAL DISORDERS*)

*Manuel de classification des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie fondée sur une étude statistique des syndromes rencontrés dans les consultations. Le DSM est en évolution constante pour permettre une prise en compte de l'avancée des connaissances sur les troubles et de l'influence des mutations temporelles et culturelles sur ceux-ci.*³

1-3-Les axes du DSM-IV :

La logique du DSM qui se veut a-théorique est dite multi-axiales, c'est-à-dire qu'elle distingue des domaines particuliers d'expression de troubles distincts pour permettre au clinicien d'améliorer son diagnostic et de faire de meilleurs choix thérapeutique. Cinq axes sont considérés dans le DSM :⁴

 **AXE I :** *Comprend les troubles cliniques ainsi que les différentes autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique. Au total, 15 catégories de troubles mentaux figurent sur cet axe :*

-Trouble habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence ;

-Delirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs ;

² Psychologie clinique, psychopathologie, psychothérapie, Serban Lonesce et Alain Blanchet, Presse Universitaire de France 2009, page 78

³ la psychologie de A à Z , Camilo Charron, Nathalie Dumet, Nicolas Guéguen, Alain Lieury, Stéphane Rusinek, Dunod, Paris, page 48

⁴ Psychologie clinique, psychopathologie, psychothérapie, Serban Lonesce et Alain Blanchet, Presse Universitaire de France 2009, page 77

- Trouble mentaux dus à une affection médicales générale non classée ailleurs ;
- Troubles liés à une substance ;
- Schizophrénie et autres troubles psychotiques ;
- Troubles de l'humeur ;
- Troubles anxieux ;
- Troubles somatoforme ;
- Troubles factices ;
- Troubles dissociatifs ;
- Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle ;
- Troubles des conduites alimentaires ;
- Troubles du sommeil ;
- Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs ;
- Troubles de l'adaptation.

A ces catégories s'ajoutent les « autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique ».

- ✚ **AXE II** : Comprend les troubles de la personnalité au nombre de dix et sert, aussi, à coder le retard mental. De surcroit, cet axe permet de noter le recours habituel à des mécanismes de défense particuliers.
- ✚ **AXE III** : Sert à noter les troubles ou affections physiques présent chez la personne évaluée. L'affections notée sur cet axe peut avoir une signification étiologique pour le trouble mental éventuellement présent chez la personne évaluée. Elle peut, aussi, avoir de l'importance pour la prise en charge de cette personne (en contre-indiquant certains traitements).

- ✚ **AXE IV :** *Sert à relever les problèmes psychosociaux et environnementaux qui peuvent affecter le diagnostic, le traitement et le pronostic des troubles mentaux codés sur les axes I et II (par exemple, problèmes économiques, de logement, d'accès aux services de santé, problèmes liés à l'environnement social, etc..).*
- ✚ **AXE V :** *Sert à indiquer le jugement du clinicien sur le niveau de fonctionnement global de la personne évaluée. Cette évaluation se fait à l'aide d'une échelle spécialement conçue à cet effet (l'échelle d'évaluation global du fonctionnement ou EGF).*

Section 02:-Echelle de dépression de Hamilton :

2-1-Historique:

- *L'échelle de dépression de HAMILTON est un questionnaire à choix multiples que les cliniciens Américains peuvent utiliser pour mesurer la sévérité de la dépression majeure d'un patient. MAX HAMILTON a le premier publié en 1960 l'échelle que tente de mesurer ce questionnaire, l'a révisé et évalué en 1966, en 1967, en 1969 et en 1980 . Hors de sa publication, il était qualifié de « gold standard », mais depuis le test et les bases conceptuelle on été remises en question. Il a également indiqué que son test ne pouvait servir d'instrument de diagnostic.*
- *Le questionnaire mesure la sévérité des symptômes observés lors d'une dépression (par exemple : trouble de l'humeur, insomnie, anxiété et amaigrissement). En 2011 , c'est l'un des plus utilisés dans le milieu médical américain pour évaluer la dépression.*
- *Le clinicien choisit l'une des réponses proposées en interrogeant le patient et en observant ses symptômes. Chaque question à 3 à 5 choix de réponses en ordre croissant de sévérité. Dans le premier questionnaire publié en 1960 les 17 questions servaient à établir le score final (HRSD-17). Les questions 18 à 21 permettent de mieux juger de la dépression (variation diurne des symptômes paranoïaques). Un guide d'entrevue structure et aussi disponible.⁵*

2-2-Définition :

L'échelle de dépression de Hamilton est le test le plus utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs.

N.B. valable pour toutes les personnes; y compris les personnes âgées bien que

⁵ www.psychomédia.qc.ca/tests/hamilton

certain aspects puissent être parfois inopérants (par ex ceux qui font référence aux activités professionnelles alors qu'il peut s'agir de personnes en retraite)

L'évaluation est généralement faite toutes les deux semaines

Il existe deux versions comprenant 17 ou 21 items

Les notes correspondant aux quatre derniers items (cad les items 18 à 21) ne sont généralement pas incluses dans la note totale.

Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :

De 10 à 13: symptômes dépressifs légers

De 14 à 17: symptômes dépressifs légers à modérés

Plus de 18: symptômes dépressifs modérés à sévères

2-3-Le questionnaire :

Il est préférable que la première question de chaque rubrique soit posée exactement telle qu'elle est formulée ci-dessous. La réponse à cette question doit suffisamment informer sur la gravité et la fréquence d'un symptôme. Il n'est pas nécessaire de poser toutes les questions d'une rubrique si celle-ci peut-être directement évaluée correctement. Question initiale : J'aimerais vous poser quelques questions au sujet de la semaine dernière. Comment vous êtes-vous senti(e) depuis (jour de de la semaine).....dernier ?⁶

1-Humeur dépressive (tristesse, désespoir, autodépréciation)

Quelle a été votre humeur au cours de la semaine écoulée ? Vous êtes-vous senti(e) abattu(e) ou déprimé(e) ? Triste ? Désespéré(e) ? Au cours de la semaine dernière, combien de fois vous êtes-vous senti(e)... ? Chaque jour ? Pendant toute la journée ? Vous est-il arrivé de pleurer ?

0 - Absent.

1 - Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

⁶ Manuel de cotation HDRS / HAM-D Hamilton Depression Rating Scale (Échelle d'Évaluation de la dépression de Hamilton) M. HAMILTON, traduction française : J.D. GUELFY www.c-e-p.eu

- 2 - Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
- 3 - Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.
- 4 - Le sujet ne communique pratiquement que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2-Sentiments de culpabilité

Vous êtes-vous senti(e) particulièrement critique vis-à-vis de vous-même au cours de la semaine, en ayant l'impression de faire tout de travers ou de laisser tomber les autres ? Si oui : quelles ont été vos pensées ? Vous êtes-vous senti(e) coupable d'avoir fait ou de ne pas avoir fait quelque chose ? Avez-vous pensé que vous étiez en quelque sorte la cause de votre propre dépression ? Avez-vous le sentiment que votre maladie est une punition ?

- 0 - Absent.
- 1 - S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des HDRS – manuel de cotation p.2 gens.
- 2 - Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables.
- 3 - La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
- 4 - Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3-Tendance suicidaire

Au cours de la semaine écoulée, vous est-il arrivé de penser que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, que vous préféreriez être mort ? Avez-vous eu envie de vous faire du mal ? Si oui : à quoi avez-vous pensé exactement ? Avez-vous fait quelque chose pour vous faire du mal ?

0 - Absent.

1 - A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2 - Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3 - Idées ou geste de suicide.

4 - Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse).

4- Insomnie lors de l'endormissement

Comment avez-vous dormi au cours de la dernière semaine ? Avez-vous eu des difficultés à vous endormir après vous être couché(e) ? Combien de temps vous a-t-il fallu avant de vous endormir ? Au cours de cette dernière semaine, combien de fois avez-vous eu du mal à vous endormir en début de nuit ?

0 - Pas de difficulté à s'endormir.

1 - Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'une demi heure .

2 - Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5- Insomnie au milieu de la nuit

Toujours la dernière semaine, vous est-il arrivé de vous réveiller en pleine nuit ? Si oui : vous êtes-vous levé(e) ? Qu'avez-vous fait ? Êtes-vous allé(e) simplement aux toilettes ? Quand vous retournez au lit, êtes-vous capable de vous rendormir immédiatement ? Avez-vous la sensation que votre sommeil est agité ou perturbé au cours de certaines nuits ?

0 - Pas de difficulté.

1 - Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.

2 - Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit sauf si c'est pour uriner)

6- Insomnie du petit matin

Pendant la semaine dernière, à quelle heure vous êtes-vous réveillé(e) le matin (sans vous rendormir ensuite) ? Si très tôt : est-ce à cause d'un réveil-matin ou vous réveillez-vous tôt habituellement ? (c'est-à-dire quand vous n'êtes pas déprimé) ?

0 - Pas de difficulté.

1 - Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2 - Incapable de se rendormir s'il se lève.

7- Travail et activités

Comment avez-vous passé votre temps la semaine dernière (lorsque vous n'étiez pas en train de travailler) ? Vous êtes-vous intéressé(e) à ce que vous faisiez, ou aviez-vous l'impression de devoir vous forcer pour faire les choses ? Avez-vous arrêté de faire quelque chose que vous aviez l'habitude de faire ? Si oui : pourquoi ? Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez faire ou que vous attendez avec impatience ?

0 - Pas de difficulté.

1 - Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 - Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente - ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque).

3 - Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités - aides aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle).

4 - A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.

8-Ralentissement de la pensée, du langage Aucune question nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien.

0 - Langage et pensée normaux.

1 - Léger ralentissement à l'entretien.

2 - Ralentissement manifeste à l'entretien.

3 - Entretien difficile.

4 - Stupeur.

9-Agitation

Aucune question nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien.

0 - Aucune.

1 - Crispations, secousses musculaires.

2 - Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3 - Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4 - Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10-Anxiété (psychique)

Vous êtes-vous senti(e) particulièrement tendu(e) ou irritable au cours de cette dernière semaine ? Vous êtes-vous inquiété(e) d'une multitude de petits détails qui ne vous auraient pas inquiété(e) en temps normal ? Si oui : quelles choses, par exemple ?

0 - Aucun trouble.

1 - Tension subjective et irritabilité.

2 - Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.

3 - Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

3 - Peurs exprimées sans qu'on pose de questions.

11-Anxiété somatique *Concomitants physiques de l'anxiété tels que : gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations), cardiovasculaires (palpitations, céphalées), respiratoires (hyperventilation, soupirs), pollakiurie, transpiration. Au cours de la dernière semaine, avez-vous ressenti l'un des symptômes physiques suivants ? Lisez la liste en laissant un temps de réponse après chaque symptôme : avez-vous eu la bouche sèche, du mal à digérer, une indigestion, une diarrhée, des crampes, des renvois, des palpitations, des maux de tête, du mal à respirer, des problèmes urinaires, une transpiration ? A quel point ces symptômes vous ont-ils gêné(e) au cours de la dernière semaine ? Ont-ils été très intenses ? Les avez-vous ressentis souvent ? A quelle fréquence ? Note : n'attribuer aucun score si le symptôme est manifestement d'origine médicamenteuse.*

0 - Absente.

1 - Discrète.

2 - Moyenne.

3 - Grave.

4 - *Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.*

12-Symptômes somatiques (gastro-intestinaux) *Avez-vous eu de l'appétit au cours de la semaine ? Était-il comparable à votre appétit habituel ? Avez-vous dû vous forcer à manger ? D'autres personnes ont-elles dû vous pousser à manger ? 0 - Aucun. 1 - Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale. 2 - A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.*

13-Symptômes somatiques (généraux)

Avez-vous eu suffisamment d'énergie au cours de la semaine écoulée ? Vous êtes-vous senti(e) constamment fatigué(e) ? Avez-vous ressenti des lourdeurs dans les membres, le dos ou la tête ?

0 - Aucun.

1 - Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité.

2 - Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net.

14- Symptômes sexuels

Au point de vue sexuel, y a-t-il eu des modifications de votre intérêt pour la sexualité au cours de la dernière semaine ? Je ne parle pas de votre activité sexuelle mais de votre intérêt pour la sexualité. Cet intérêt a-t-il subi une modification (par rapport à avant la dépression) ? Avez-vous beaucoup pensé au sexe ? Si non : est-ce habituel pour vous ?

0 - Absents.

1 - Légers.

2 - Graves.

15- Hypochondrie

Au cours de la semaine écoulée, vos pensées se sont-elles souvent centrées sur votre santé physique ou sur la façon dont votre corps fonctionne (par rapport à votre état d'esprit habituel) ? Vous plaignez-vous souvent de votre état physique ? Vous est-il arrivé de demander de l'aide pour HDRS – manuel de cotation p.5 des choses que vous auriez pu faire vous-même ? Si oui : quoi, par exemple ? Combien de fois est-ce arrivé ?

0 - Absente.

1 - Attention concentrée sur son propre corps.

2 - Préoccupations sur sa santé.

3 - Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc.

4 - Idées délirantes hypocondriaques.

16- Amaigrissement

Coter soit A, soit B.

A. D'après les dires du malade. Avez-vous perdu du poids récemment ?

Si oui : combien ? En cas de doute : avez-vous l'impression que vous flottez plus qu'avant dans vos vêtements ?

0 - Pas de perte de poids.

1 - Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.

2 - Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet).

B. Appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées.

0 - Moins de 500 g de perte de poids par semaine.

1 - Plus de 500 g de perte de poids par semaine.

2 - Plus de 1 Kg de perte de poids par semaine.

17- Intuition du patient sur son propre état, insight

Évaluation fondée sur l'observation au cours de l'entretien.

0 - Reconnaît qu'il est déprimé et malade.

1 - Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, ect.

2 - Nie qu'il est malade.

Attention ! Le score de sévérité de l'échelle de Hamilton se calcule sur les 17 premiers items. Les items suivants sont utiles pour suivre l'évolution du sous-type de dépression. A moins de réaliser une étude sur un sous-type précis, ou d'effectuer un suivit de patient, il n'est pas correcte de les inclure dans le score de sévérité pour une étude sur LA dépression en général.

18- Variations dans la journée

A. Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou la soirée. S'il N'y a pas de variations diurnes, indiquer : aucune.

Aucune / Plus marqués le matin / Plus marqués l'après-midi.

B. Quand il y a variation diurne, indiquer la sévérité de la variation.

Indiquer "Aucune" s'il n'y a pas de variation

. 0 - Aucune. HDRS – manuel de cotation p.6

1 - Légère.

2 - Importante.

19- Dépersonnalisation et déréalisation

Par ex. sentiment que le monde n'est pas réel ; idées de négation. 0 - Absente.

1 - Légère.

2 - Moyenne.

3 - Grave.

4 - Entraînant une incapacité fonctionnelle.

20- Symptômes délirants

Par ex. délire de persécution.

0 - Aucun.

1 - Soupçonneux.

2 - Idées de référence.

3 - Idées délirantes de référence et de persécution.

21- Symptômes obsessionnels et compulsifs

0 - Absents.

1 - Légers.

2 - Graves.

2-4 -Interprétation:

L'échelle de dépression de Hamilton est le test le plus utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. Il est valable pour toutes les personnes, y compris les personnes âgées bien que certains aspects puissent être parfois inopérants (par ex. ceux qui font référence aux activités professionnelles alors qu'il peut s'agir de personnes en retraite).

L'évaluation est généralement faite toutes le deux semaines. Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :

Score de 10 à 13 : symptômes dépressifs légers.

Score de 14 à 17 : symptômes dépressifs légers à modérés.

Score supérieur à 18 : symptômes dépressifs modérés à sévères.

Section 03 : L'INSIGHT

3-1-Introduction :

L'insight, centré essentiellement sur la conscience d'avoir un trouble psychique ou une maladie mentale, et de la nécessité d'un traitement, est désormais défini et mesuré par des échelles d'évaluation quantitative.⁷

La difficulté de traduire insight en français est à l'origine d'une incompréhension de ce concept et de son utilisation à tout va. Testez-le vous-même, en demandant à vos collègues de définir l'insight. Vous verrez que chacun en a une définition, une traduction et donc une compréhension particulière. L'insight est un terme anglais traduit en français de manière approximative par différents mots : «conscience du trouble», «introspection», «déni», «anosognosie», «discernement».

Ces traductions ne sont pas appropriées car chacun de ces mots a une histoire différente et renvoie à une discipline particulière. Par exemple, « l'anognosie » renvoie à une absence de connaissance de son hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale alors que « le déni » et/ou « l'introspection renvoient à des processus inconscients avec une connotation psychodynamique. De la même manière, la traduction de l'insight en gestaltthérapie par « la découverte soudaine de la solution d'un problème » est très différente de sa traduction en psychologie cognitive par « la capacité cognitive » et/ou par « la théorie de l'esprit ». Cette question qui n'est pas seulement un effet de genre ou de traduction est fondamentale car de nos jours le terme insight est de plus en plus utilisé dans la littérature scientifique sans que l'on comprenne à quoi cela

⁷ Bourgeois M. L., « Insight et conscience de la maladie en psychopathologie », emc, méd. chir., 37-032, A-20, 2010 page 09

renvoie. L'utilisation du mot « conscience » utilisé ci-dessous doit être, plutôt appréhendée sous un angle sémantique que celui d'une connotation conceptuelle habituelle.⁸

3-2-Définition générale de l'insight :

Trois types d'insight ont été proposés :⁹

- l'insight clinique est défini par l'aspect de l'insight relatif à la conscience de la maladie ;
- l'insight cognitif est défini comme la capacité du patient à reconnaître ses distorsions cognitives et à en faire des interprétations erronées;
- l'insight somato-sensoriel est défini comme la capacité du patient à reconnaître ses sensations somesthésiques.

3-3-Echelle d'évaluation de la conscience du trouble mental (08) :

Les huit questions posées au malade avec évaluation par le clinicien de la conscience du trouble correspondant à chaque question (réponse « oui » ou « non ») permettent d'obtenir un score de 0 à 8.

- 1- Pourquoi êtes-vous ici ?
- 2- Avez-vous l'impression d'être malade ?
- 3- De quelle maladie souffrez-vous ?
- 4- A quoi cela est du ?

⁸ Article Insight et capacité à consentir aux soins, présenté par Nematollah JAAFARIPsychiatre, Maître de Conférences des Universités-praticien hospitalier et David DAUGA Interne en psychiatrie Centre hospitalier Henri Laborit, Université de Poitiers, 2012

⁹ Article Insight et capacité à consentir aux soins, présenté par Nematollah JAAFARIPsychiatre, Maître de Conférences des Universités-praticien hospitalier et David DAUGA Interne en psychiatrie Centre hospitalier Henri Laborit, Université de Poitiers, 2012

- 5- *Souffrez-vous psychologiquement ou moralement ?*
- 6- *Est-ce que vous êtes handicapé dans votre vie professionnelle familiale ou sociale ?*
- 7- *Que peut-on faire pour vous ?*
- 8- *Pensez-vous qu'une guérison est possible ?*

Score 0-2= Non conscience du trouble

Score 3-5= Conscience médiocre du trouble

Score 6-8= Bonne conscience du trouble

M.L.Bourgeois et al./ Ann Méd Psychol 160 (2002) 512-517-513

3-4-Le lien entre un faible insight et la capacité à consentir:

En médecine, la relation médecin malade a un impact important sur l'évaluation de la capacité d'un patient à consentir aux soins. La compétence du patient est habituellement évaluée de manière implicite par le médecin au décours d'une consultation en tenant compte de sa conscience de la maladie. L'existence d'une pathologie psychiatrique peut d'emblée signifier que le patient est incompetent, en partie à cause d'un faible insight. Le problème posé dans ce cas, est de savoir quelle est la définition utilisée pour évaluer l'insight. Par exemple, l'utilisation d'une définition catégorielle (présence/ absence) de la conscience de la maladie dans l'étude de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) a rapporté que 70 % des patients présentant un diagnostic de schizophrénie avaient un faible niveau de la conscience de la maladie (6) alors que l'utilisation d'une définition multidimensionnelle de l'insight par Amador et al., 1994, a permis de démontrer que seuls 32 % des patients avaient un faible insight, 25,3 % un insight modéré et 40,7 % présentaient un bon niveau d'insight (12, 13). Il est donc important de bien comprendre le concept

d'insight, car il occupe une place centrale dans l'évaluation de la capacité à consentir aux soins. Paradoxalement, on signale peu d'études sur la capacité à consentir aux soins et l'insight dans les pathologies psychiatriques.

3-5-Conclusion :

La difficulté d'étudier la relation entre l'insight et la capacité à consentir aux soins réside dans le fait que les deux notions sont subjectives. De plus, l'insight est un concept complexe sans définition unitaire. La recherche empirique sur l'insight en rapport avec la capacité à consentir aux soins est entravée par des complexités propres au concept. La compréhension de ces complexités nécessite de faire une distinction entre le concept, le phénomène, et l'objet de l'insight. Le phénomène d'insight reflète seulement certains aspects du concept d'insight. L'évaluation de la capacité à consentir aux soins mérite aussi d'être révisée, car les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique, même avec un faible insight, peuvent être compétents sur certaines dimensions et participer activement aux soins.

Introduction :

Afin de mener à bien mon étude, il était impératif d'effectuer une observation concrète, et c'est le service de médecine interne CHU TLEMCEM qui m'a accueilli pour cela pendant mon stage. J'ai constaté dès mon entrée à ce service une organisation remarquable et un environnement de travail sérieux et dynamique.

En ce qui concerne cette spécialité, le service de médecine interne a déjà mis en place des lits d'hospitalisation pour hommes et femmes suffisants pour une bonne prise en charge des malades admis soit par le biais des urgences ou par le biais des autres collègues internistes.

En tant que stagiaire au service de médecine interne, j'ai eu la chance de bénéficier d'une formation dans ce sens qui va me permettre d'essayer de retraiter les informations concernant la médecine interne ainsi que l'état psychologique des malades hospitalisés.

Mais avant cela, je vais présenter le service de médecine interne CHU de TLEMCEM.

Section 1 : Présentation générale

1-1-Organisation générale :

Le service de médecine interne est constitué de 4 unités :

- *Hospitalisation*
- *Explorations*
- *Hospitalisation à domicile*
- *Rhumatologie*

1-2-L'équipe :

Pr ALI LOUNICI, Médecin Chef de service

Dr HEBRI Sid Tadj, Assistant du service

Dr SAHI Abdelghani, Assistant du service

Dr SIBA Samira, Assistant du service

Dr KHALDI Waffa, Assistant du service

Dr BENSAPHLA TALET Mohamed Hocine, Assistant du service

Dr BOUBEKEUR Chahrazad, Assistant du service

Dr GHEMBAZA Mohamed El Amine, Assistant du service

Dr SENDANI Doha, Assistant du service

Mr ATTAR, Surveillant médicale

Les résidents

Les psychologues

1-3-Description du service :

Le service de Médecine interne du centre hospitalo-universitaire de Tlemcen comporte :

- Un bureau du médecin chef de service le PR. A. LOUNICI ;

- Un bureau des assistants ;
- Un bureau du Dr. HEBRI ;
- Un bureau d'endocrinologie ;
- Une salle de production scientifique ;
- Une salle d'exploration comportant un ECG, un IPS, un échographe, 3lits d'examen, un pèse poids, un ruban mètre, un ordinateur et une armoire ;
- Une salle des infirmiers ;
- Une salle de soins ;
- Une salle d'hospitalisation du jour, comportant 04lits ;
- Une pharmacie ;
- Une chambre des résidents ;
- Une salle des conférences ;
- 02 salles d'hospitalisations pour les femmes comportant 13lits, avec un sanitaire ;
- 01 salle d'hospitalisation pour homme comportant 07lits, avec un sanitaire ;
- Un secrétariat ;
- Un secrétariat pour l'hôpital du jour ;
- Une réception ;
- Sanitaire pour le personnel du service ;
- Une cuisine ;

Section 01 : Présentation des malades

1-1-Introduction :

Le thème de cette recherche était l'étude de l'état psychologique des malades atteints de maladie chronique tel le diabète.

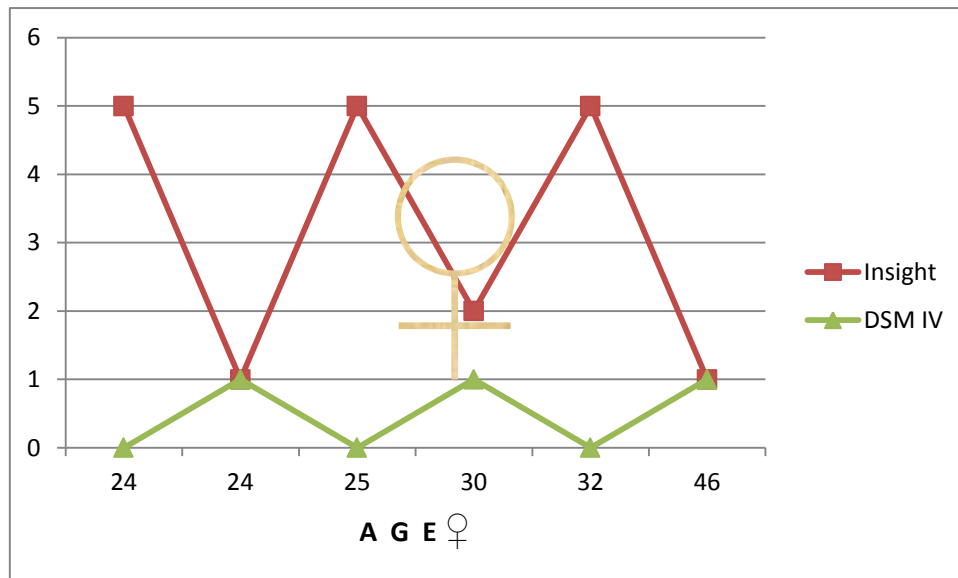
Cette étude s'est centrée sur l'analyse psychologique de 11 cas vue au niveau du service de médecine interne au cours de mon stage médicale d'internat en médecine, dont pour la plupart des patients la cause d'hospitalisation était une cétose diabétique et un seul cas pour un coma hypoglycémique.

Section 02 : Etude de cas

2-1-Evaluations psychologique des malades:

<i>NOM</i>	<i>AGE</i>	<i>TYPE DU</i> <i>DIABETE</i>	<i>DSM IV</i>	<i>INSIGHT</i>
<i>SAMIA</i>	<i>32ans</i>	<i>TYPE II</i>	<i>00</i>	<i>05</i>
<i>IHSSEN</i>	<i>24ans</i>	<i>TYPE II</i>	<i>00</i>	<i>05</i>
<i>IKRAM</i>	<i>30ans</i>	<i>TYPE II</i>	<i>03</i>	<i>02</i>
<i>NADIA</i>	<i>24ans</i>	<i>TYPE II</i>	<i>03</i>	<i>01</i>
<i>AICHA</i>	<i>25ans</i>	<i>TYPE II</i>	<i>00</i>	<i>05</i>
<i>NOURIA</i>	<i>46ans</i>	<i>TYPE II</i>	<i>01</i>	<i>01</i>

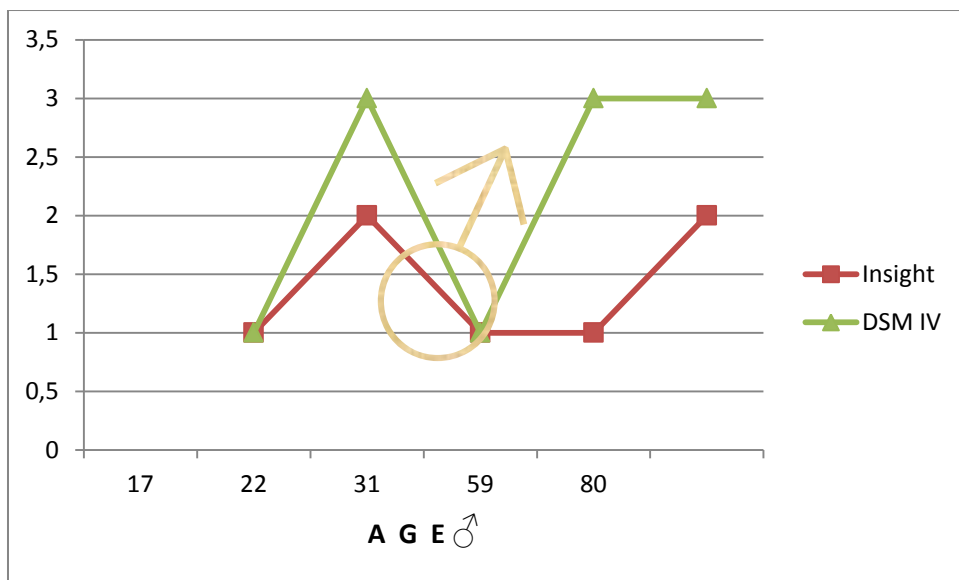
TABLEAU DES MALADES FEMMES



EVALUATION PSYCHOLOGIQUE DES MALADES FEMMININ

NOM	AGE	TYPE DU DIABETE	DSM IV	INSIGHT
MOHAMMED	22ans	TYPE I	03	02
MOHAMMED	80ans	TYPE II	03	02
OUSSAMA	17ans	TYPE I	01	01
ABDELGHANI	31ans	TYPE I	01	01
ABDELDJELIL	59ans	TYPE I	03	01

TABLEAU DES MALADES HOMMES



EVALUATION PSYCHOLOGIQUE DES MALADES MASCULIN

2-2-Expression des Résultats de la dépression :

Nous avons évalué 11 diabétiques (6 femmes, 5 hommes).

Type 1 = 09

Type 2 = 02

L'âge moyen est de 35 ans

L'ancienneté du diabète (non définie sur fiches)

L'évaluation de l'épisode dépressif donne les résultats suivants :

Episode dépressif Classe 0 = 3 patients (27 %),

Episode dépressif Classe 1 = 5 patients (45 %),

Episode dépressif Classe 2 = 0 patients (0 %),

Episode dépressif Classe 3 = 3 patients (27 %),

Episode dépressif Classe 4 = 0 patients (0 %),

Episode dépressif Classe 5 = 0 patients (0 %),

Episode dépressif Classe 6 = 0 patients (0 %),

Episode dépressif Classe 7 = 0 patients (0 %),

Episode dépressif Classe 8 = 0 patients (0 %),

Episode dépressif Classe 9 = 0 patients (0 %),

Nombre de diabétiques ont plus de 5 épisodes = 0 %.

2-2-Echelle de Hamilton :

L'échelle de Hamilton pratiquée chez 0 patients.

Au terme de cette étude consacré à la psychologie des malades atteint d'une maladie chronique tel le diabète, le rôle du psychologue est important car, par : sa formation, sa façon dont il se présente (être ouvert à la discussion), son importance ainsi que la valeur de sa parole, sa disponibilité (pour le patient et l'équipe médicale) et sa volonté de travailler en interdisciplinarité. Tous sa fait de lui un élément important dans l'éducation et le suivie thérapeutique ainsi que psychologique du patient.

De fait, de plus en plus de médecins et de psychologues prennent conscience de la nécessité de mettre à profit leurs complémentarités dans le but d'offrir au patient une approche pertinente de sa problématique. Cependant, l'intégration des thérapies psychologiques aux thérapies médicales conventionnelles se heurte encore à plusieurs obstacles tels que :

- Le besoin d'établir de nouvelles méthodes d'évaluation et de suivi*
- Le fait que les méthodologies utilisées pour évaluer les remèdes médicamenteux ne peuvent être appliquées aux interventions psychologiques*
- La durée des prises en charge psychologiques*
- L'accréditation et la formation des thérapeutes*



- Norbert Sillamy, *Dictionnaire de psychologie, In Extenso, 2004*
- Lucile Chanquoy, Isabelle Negro, *Psychologie du développement, HU psycho, Hachette supérieur, 2004*
- Photocomposition Maury, *Malesherbes, impression Grafica Editoriale Printing, Bologne, Larousse médicale –Mai 2005*
- Professeur Jean Naudin, *Bases psychopathologiques de la psychologie médicale, Faculté de médecine de Marseille, Mai 2005*
- Serban Lonesce et Alain Blanchet, *Psychologie clinique, psychopathologie, psychothérapie, , Presse Universitaire de France 2009*
- Marion DITCHARRY, *psychologie de la santé à Bordeaux II , encadrée par le CCECQA., Quel est le rôle du psychologue en éducation thérapeutique du patient ? Master 2 professionnel : Psychologie clinique option « psychopathologie de l'adaptation au stress » 2011*
- Perron R., & al.. « *La pratique de la psychologie clinique* ». Paris : Editions Dunod (2006)
- T Taubet *La relation médecin malade - Cours PAES Bobigny*
- <http://www.psycom.org/Soins-et-accompagnement/Therapies>
- Françoise PATOIZEAU, épouse DESCLEVES, *L'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à l'amélioration de symptômes de maladies chroniques , M1 Psychologie Clinique et Psycho-Pathologique, INSTITUT D'ENSEIGNEMENT A DISTANCE DE L'UNIVERSITE PARIS 8, année 2007/2008*
- Camilo Charron, Nathalie Dumet, Nicolas Guéguen, Alain Lieury, Stéphane Rusinek, *Dunod La psychologie de A à Z , Septembre 2007, Paris*

Table des illustrations

1. Liste des Tableaux

<i>N°</i>	<i>Intitulé</i>	<i>Page</i>
<i>1</i>	TABLEAU DES MALADES FEMMES	60
<i>2</i>	TABLEAU DES MALADES HOMMES	61

2. Liste des Figures

<i>N°</i>	<i>Intitulé</i>	<i>Page</i>
<i>1</i>	GRAPHE D’EVALUATION PSYCHOLOGIQUE DES MALADES FEMMININ	60
<i>2</i>	GRAPHE D’EVALUATION PSYCHOLOGIQUE DES MALADES MASCULIN	61

Sommaire

<i>Remerciements</i>	I
<i>Sommaire</i>	III
<i>Introduction générale</i>	1
<i>Partie théorique</i>	
<i>Chapitre 1 : Généralité sur la psychologie</i>	
<i>Section 01 : La psychologie</i>	4
1-1- <i>Historique</i>	4
1-2- <i>Quelques définitions</i>	5
1-3- <i>Les différents champs disciplinaires de la psychologie</i>	6
<i>Section 02 : La psychopathologie</i>	9
2-1- <i>Historique</i>	9
2-2- <i>Définition de la psychopathologie</i>	9
2-3- <i>Approche de la psychopathologie</i>	10
<i>Section 03 : Le rôle du psychologue</i>	11
3-1- <i>Définition du psychologue</i>	11
3-2- <i>Définition du patient</i>	11
3-3- <i>Rôle du psychologue</i>	11
3-4- <i>L'éducation thérapeutique du patient</i>	12
3-5- <i>Relation patient-psychologue</i>	13
<i>Section 04 : La psychométrie</i>	14

<i>4-1- Définition de la psychométrie.....</i>	<i>14</i>
<i>4-2- Principe psychométrique généraux.....</i>	<i>14</i>
<i>4-3- Tests psychologiques : tests psychométrique et projectifs.....</i>	<i>16</i>
<i>Section 05 : Les psychothérapies.....</i>	<i>18</i>
<i>5-1- Définition de la psychothérapie.....</i>	<i>18</i>
<i>5-2- Définition du psychothérapeute.....</i>	<i>18</i>
<i>5-3- Différentes psychothérapie.....</i>	<i>18</i>
 <i>Chapitre 2 : La maladie et la douleur</i>	
<i>Section 01 : La maladie</i>	<i>21</i>
<i>1-1- Quelques définitions.....</i>	<i>21</i>
<i>Section 02 : La douleur.....</i>	<i>30</i>
<i>2-1- Définition de la douleur.....</i>	<i>30</i>
<i>2-2-La douleur, un phénomène multidimensionnel.....</i>	<i>31</i>
<i>2-3- Les spécificités de la dimension psychologique de la douleur chronique.....</i>	<i>34</i>
 <i>Chapitre 3 : Les moyens de mesure de la dépression</i>	
<i>Section 01 : DSMIV.....</i>	<i>36</i>
<i>1-1- Introduction.....</i>	<i>36</i>
<i>1-2- Définition du DSMIV.....</i>	<i>37</i>
<i>1-3- Axes du DSMIV.....</i>	<i>37</i>
<i>Section 02 : Echelle d'Hamilton.....</i>	<i>40</i>
<i>2-1-Historique.....</i>	<i>40</i>

<i>2-2-Définition de l'échelle d'Hamilton.....</i>	<i>40</i>
<i>2-3-Le questionnaire.....</i>	<i>41</i>
<i>2-4-Interprétation.....</i>	<i>50</i>
<i>Section 03 : INSIGHT.....</i>	<i>52</i>
<i>-Introduction.....</i>	<i>52</i>
<i>3-1-Définition générale de l'insight.....</i>	<i>53</i>
<i>3-2-Echelle d'évaluation de la conscience du trouble mental (08).....</i>	<i>53</i>
<i>3-3-Le lien entre un faible insight et la capacité à consentir.....</i>	<i>54</i>
<i>3-4-Conclusion.....</i>	<i>55</i>
 <i>Partie Pratique</i>	
 <i>Chapitre 1 : Présentation Générale</i>	
<i>Introduction.....</i>	<i>56</i>
<i>Section 01 : Présentation générale.....</i>	<i>57</i>
<i>1-1-Organisation générale.....</i>	<i>57</i>
<i>1-2-L'équipe.....</i>	<i>57</i>
<i>1-3-Description du service.....</i>	<i>57</i>
 <i>Chapitre 2 : Etude de cas</i>	
<i>Section 01 : Présentation des malades.....</i>	<i>59</i>
<i>-Introduction.....</i>	<i>59</i>

<i>Section 02 : Etude de cas</i>	60
<i>2-1-Expression des Résultats de la dépression</i>	62
<i>2-2-Echelle de Hamilton</i>	62
<i>Conclusion générale</i>	VI
<i>Bibliographie</i>	VII
<i>Tables de l'illustration</i>	VIII
<i>Tables des matières</i>	IX

Tables des matières

<i>Remerciements</i>	I
<i>Sommaire</i>	III
<i>Introduction générale</i>	1
Partie théorique	
Chapitre 0 1 : Généralité sur la psychologie	
<i>Section 01 : La psychologie</i>	4
1-1- <i>Historique</i>	4
1-2- <i>Quelques définitions</i>	5
1-2-1- <i>Définition de la psychologie générale</i>	5
1-2-2- <i>Définition de la psychologie clinique</i>	5
1-3- <i>Les différents champs disciplinaires de la psychologie</i>	6
a- <i>Psychologie clinique</i>	6
b- <i>Psychologie sociale</i>	6
c- <i>Psychologie cognitive</i>	6
d- <i>Psychologie du développement</i>	7
e- <i>Psychologie différentielle</i>	7
f- <i>Psychologie de l'éducation</i>	7
<i>Section 02 : La psychopathologie</i>	9
2-1- <i>Historique</i>	9
2-2- <i>Définition de la psychopathologie</i>	9
2-3- <i>Approche de la psychopathologie</i>	10

<i>Section 03 : Le rôle du psychologue</i>	11
<i>3-1- Définition du psychologue</i>	11
<i>3-2- Définition du patient</i>	11
<i>3-3- Rôle du psychologue</i>	11
<i>3-4- L'éducation thérapeutique du patient</i>	12
1) <i>L'éducation thérapeutique comme une aide aux « apprentissages de savoirs et savoir-faire »</i>	12
2) <i>L'éducation thérapeutique comme un « accompagnement éducatif »</i>	12
3) <i>L'éducation thérapeutique comme un « accompagnement global »</i>	13
<i>3-5- Relation patient-psychologue</i>	13
<i>Section 04 : La psychométrie</i>	14
<i>4-1- Définition de la psychométrie</i>	14
<i>4-2- Principe psychométrique généraux</i>	14
<i>4-3- Tests psychologiques : tests psychométrique et projectifs</i>	16
4-3-1- <i>Les tests cognitifs</i>	17
4-3-2- <i>Les tests de personnalité</i>	17
4-3-3- <i>Les techniques projectives</i>	17
4-3-4- <i>Les échelles d'évaluation clinique</i>	17

<i>Section 05 : Les psychothérapies</i>	18
<i>5-1- Définition de la psychothérapie</i>	18
<i>5-2- Définition du psychothérapeute</i>	18
<i>5-3- Différentes psychothérapie</i>	18
<i>5-3-1- Thérapie comportementale cognitif</i>	18
<i>5-3-2- Thérapie psychanalytique</i>	18
<i>5-3-3- Thérapie analytique de groupe</i>	19
<i>5-3-4- Thérapeutique familiale systématique</i>	19
<i>5-3-5- Thérapie interpersonnel</i>	19
<i>5-3-6- Thérapie du couple</i>	19
<i>5-3-7- Thérapie de suggestion</i>	19
<i>5-3-8- Thérapie de soutien</i>	19
 <i>Chapitre0 2 : La maladie et la douleur</i>	
<i>Section 01 : La maladie</i>	21
<i>1-1- Quelques définitions</i>	21
<i>1-1-1- Définition de la maladie chronique</i>	21
<i>1-1-2- Définition de la maladie psychosomatique</i>	22
<i>1-1-3- Définition d'un symptôme</i>	23
<i>1-1-4- Maladie santé et qualité de vie</i>	24
<i>1-1-5- Le vécu de la maladie</i>	25

<i>1-1-6- La stratégie de coping</i>	27
<i>Section 02 : La douleur</i>	30
<i>2-1- Définition de la douleur</i>	30
<i>2-2-La douleur, un phénomène multidimensionnel</i>	31
<i>2-2-1-La dimension sensori-discriminative</i>	31
<i>2-2-2-La dimension Psychologique</i>	32
<i>-La composante émotionnelle</i>	32
<i>-La composante cognitive</i>	32
<i>-La composante comportementale</i>	33
<i>2-2-3-La dimension socioculturelle</i>	34
<i>2-3- Les spécificités de la dimension psychologique de la douleur chronique</i>	34
<i>2-3-1-Le syndrome douloureux chronique</i>	34
 <i>Chapitre0 3 : Les moyens de mesure de la dépression</i>	
<i>Section 01 : DSMIV</i>	36
<i>1-1- Introduction</i>	36
<i>1-1-1-Historique</i>	36
<i>1-1-2-Principe du DSMIV</i>	36
<i>1-2- Définition du DSMIV</i>	37
<i>1-3- Axes du DSMIV</i>	37
<i>Section 02 : Echelle d'Hamilton</i>	40
<i>2-1-Historique</i>	40
<i>2-2-Définition de l'échelle d'Hamilton</i>	40
<i>2-3-Le questionnaire</i>	41

<i>2-4-Interprétation.....</i>	<i>50</i>
<i>Section 03 : INSIGHT.....</i>	<i>52</i>
<i>-Introduction.....</i>	<i>52</i>
<i>3-1-Définition générale de l'insight.....</i>	<i>53</i>
<i>3-2-Echelle d'évaluation de la conscience du trouble mental (08).....</i>	<i>53</i>
<i>3-3-Le lien entre un faible insight et la capacité à consentir.....</i>	<i>54</i>
<i>3-4-Conclusion.....</i>	<i>55</i>

Partie Pratique

Chapitre 01 : PRESENTATION GENERALE

<i>Introduction.....</i>	<i>56</i>
<i>Section 01 : Présentation générale.....</i>	<i>57</i>
<i>1-1-Organisation générale.....</i>	<i>57</i>
<i>1-2-L'équipe.....</i>	<i>57</i>
<i>1-3-Description du service.....</i>	<i>57</i>

Chapitre 02 : Etude de cas

<i>Section 01 : Présentation des malades.....</i>	<i>59</i>
<i>1-1-Introduction.....</i>	<i>59</i>
<i>Section 02 : Etude de cas.....</i>	<i>60</i>
<i>2-1-Evaluations psychologique des malades.....</i>	<i>60</i>
<i>2-1-Expression des Résultats de la dépression.....</i>	<i>62</i>
<i>2-2-Echelle de Hamilton.....</i>	<i>62</i>

Conclusion générale.....**VI**

Bibliographie.....**VII**

Tables de l'illustration.....**VIII**

Tables des matières.....**IX**