

*Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou
Faculté des sciences Economiques, Commerciales
et des Sciences de Gestion
Département : Sciences Economiques*



Mémoire de fin de cycle

*En vue de l'obtention d'un diplôme de Master en Sciences économiques
Spécialité : Economie de la Santé*

Thème

***Analyse de la demande en consultation
psychiatrique chez les jeunes
de 18 à 25 ans
Cas de l'EHS Ferrenane Hanafi Oued Aissi
Tizi-Ouzou***

Réalisé par :

AMMOUR Hayat

ZIRI Louiza

Encadré par :

Mme. SALMI Samya

Devant le jury composé de :

Présidente : Mme. SI MANSOUR Farida , MCB/ FSECSC / UMMTO

Examinatrice : Mme. ANNANE Souhila, MAA/ FSECSC / UMMTO

Rapporteur: Mme. SALMI Samya, MAA / FSECSC / UMMTO

Promotion 2020

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

- ❖ A mes chères parents que Dieu nous les gardes en bonne santé
- ❖ A mes chers frères MASSI, AGHILES
- ❖ A mon cher grand-père et mon mari
- ❖ A toute Ma famille et ma belle famille

AMMOUR Hayat

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

- ❖ A mes chères parents que Dieu nous les gardes en bonne santé
- ❖ A mon cher frère RABAH
- ❖ A mon cher grand-père AHCENE
- ❖ A toute la famille ZIRI
- ❖ Et à toute la famille ZERDANI

ZIRI Louiza

Liste des abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CISM : Centre Intermédiaire De La Santé Mentale

DSM : Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux

DSM : Durée Moyenne De Séjour

DRH : Direction Des Ressources Humaines

DSP : Direction De Santé Publique

ECG: Electrocardiogramme

EEG: Electro-Encéphalogramme

EHS : Etablissement Hospitalier Specialize

EPSP : Etablissement Publics De Santé En Proximité

EPH : Etablissement Publics Hospitaliers

HO : Hospitalisation D'offre

OMS : Organisation Nationale De La Santé

PDM : Psychose Maniaco-Dépressive

RGPH : Recensement Général De La Population Et De L'habitat

SADS : Schedule For Affective Disorders And Schizophrenie

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

ZD: Zung Depression

ZA: Zung Anxiety

Liste des tableaux

Tableau N°1 : Répartition des lits psychiatriques en Algérie	42
Tableau N°2 :Les structures de psychiatrie dans la région du Nord (2016)	44
Tableau N3 : Les ressources humaines de l'EHS Oued Aissi	54
Tableau n° 4: consultation à l'EHS Oued Aissi pour les jeunes de 18 à 25 ans en 2020	63
Tableau n°5 : répartition des consultations par âge.....	65
Tableau n°6 : fréquence des consultations par âge	65
Tableau n°7 : répartitions des patients consulté par lieu de résidence	65
Tableau n° 8 : fréquence des patients consultés par lieu de résidence	66
Tableau n°9 : répartition des patients consultés par niveau d'étude.....	66
Tableau n°10 : fréquence des patients consultés par niveau d'étude	66
Tableau n°11 : classement des consultations par âge et niveau d'étude.....	67

Sommaire

Introduction générale	2
CHAPITRE 1 : La dépression	
Introduction	7
Section 01 : Historique et définition de la dépression	7
Section 02 : Les types et les symptômes de la dépression.....	9
Section 03 : Les facteurs de la dépression	17
Section 04 : Conséquences et la prévention de la dépression	27
Conclusion	36
CHAPITRE2 : La santé mentale en Algérie	
Introduction	38
Section 01 : La santé mentale en Algérie	38
Section 02 : Aperçu général de l’Etablissement Hospitalier Fernan El Hannafi T.O	50
Section03 : La structure organisationnelle de l’EHS FERNANE Hanafi	55
Conclusion	60
Chapitre 3 : Analyse des facteurs déclencheurs de la dépression chez les jeunes : données de l’EHS Oued Aissi Tizi-Ouzou	
Introduction	62
Section 01 : Présentation de l’étude	62
Section 02 : Présentation des résultats de la collecte d’information	63
Section 03 : Analyse des résultats par combinaison des critères	67
Conclusion	70
Conclusion générale	73

Introduction générale

Selon L'organisation Mondiale de la Santé, la santé mentale est une composante essentielle et un élément indissociable de la sante telle qu'elle figure dans la définition adoptée (la santé est un état complet de bien être physique, mentale et sociale, et ne consiste pas seulement en absence de maladies ou d'infirmité). Cette définition souligne que la santé et le bien être mentale sont indispensables pour que l'être humain puisse penser, échanger avec les autres.¹

De jour en jour la maladie mentale prend de l'ampleur. L'OMS estime qu'environ 455 millions de personnes sont atteintes de troubles mentaux ou neurologiques en souffrant de problèmes psychosociaux associés notamment à l'alcoolisme ou à la toxicomanie. En effet, les maladies mentales représentent un réel problème de santé publique et de suivi dans le monde lorsqu'on considère son ampleur de plus en plus croissant et son impact négatif sur la vie des personnes qui en sont victimes. Mais depuis un certain nombre d'années, la santé mentale gagne en priorité car le monde a pris conscience des couts à la fois économiques car les troubles mentaux constituent le deuxième cas d'arrêt de travail pour les affections de longues durées après les maladies cardiovasculaires pour la société et de la souffrance. C'est dans ce sens que l'OMS, dans son rapport sur la santé dans le monde (2001) plaide de façon convaincante pour la prise en considération des besoins des populations en matière de santé mentale.

Les dégâts causés par les problèmes de santé mentale sont énormes. Le rapport (la santé mentale dans le monde) présenté par la faculté de médecine de l'université Harvard, en 1995 affirme qu'à eux seuls, les problèmes de santé mentale constituent 8.1% de la charge de morbidité globale.²

Selon le rapport de l'OMS (2008) ce taux est passé de 8.1% en 1995 à 12.3% en 2008. Ces pathologies peuvent engendrer plusieurs conséquences dont la plus tragique est le suicide. Chaque année, 10 à 20 millions des tentatives de suicide sont liées aux maladies mentales. Elles sont également à l'origine de la discrimination, de la stigmatisation, de rejet, de certaines formes d'inégalités et d'injustices sociales. En dépit, de l'importance des maladies mentales, l'OMS leur a consacré une journée mondiale, afin de sensibiliser les gens de leur

¹ OMS, « la santé mentale renforcé notre action », Genève, avril 2016, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr.

² Melaine EU Djimene Ngouane, les déterminants du choix de l'itinéraire thérapeutique des maladies mentale, institue supérieur la rosière, diplôme d'état d'infirmier, 2014. www.memoireonline.com/04/15/9118/m-lesdeterminants-duchoix-de-l-itineraire-therapeutique-desmaladies-mentales4-html.

Introduction générale

dangereuse et dans le but de lutter contre ce fléau. Cette journée est célébrée le 10 octobre de chaque année.

Cependant, les maladies mentales représentent 4 des 10 principales causes d'invalidité chez les personnes de plus de 5 ans et la dépression est le principal de ces troubles. Malgré l'incidence élevée des maladies mentales, 20 % seulement des personnes qui souffrent d'une telle maladie reçoivent l'aide d'un professionnel.

En effet, La dépression constitue aujourd'hui un problème majeur de santé publique en raison des conséquences médicales, psychosociales et économiques qu'elle induit.

La dépression était la première cause d'incapacité dans le monde en 2000 et figure aujourd'hui au quatrième rang des 10 principales causes de morbidité. Et d'ici 2030, elle sera la principale cause de la charge de morbidité dans les pays à revenu élevé si l'on mesure son impact en tant que cause de décès, de handicap, d'incapacité de travailler et partant de la perte de productivité pour les entreprises, de consommation des ressources médicales.

La dépression touche davantage les femmes : environ deux fois plus que les hommes. La dépression peut apparaître à n'importe quel âge, même chez les enfants : elle affecte les personnes de façons différentes et peut entraîner une grande diversité de symptômes physiques, psychologiques (mentaux) et sociaux. La plupart de suicides commis chaque année en Europe sont liés à la dépression.

Comme il en est de la plupart des maladies mentales, la dépression est influencée par un ensemble de facteurs étiologiques qui varient beaucoup d'une personne à l'autre, d'un milieu à un autre. Mais dans la plupart de cas on trouve les facteurs environnementaux (psychosociaux), physiologiques et génétiques. Les principaux facteurs sociaux surtout chez les adolescents comprennent notamment le stress négatif et les événements désagréables de la vie, les relations difficiles entre pairs, une faible estime de soi et une image corporelle négative, bref une association des plusieurs facteurs à la fois.

Introduction générale

Intérêt du sujet

Notre intérêt pour ce sujet est en rapport avec le nombre croissant de cas de dépression dans notre société et surtout dans notre environnement direct à savoir l'environnement étudiantin et c'est la raison pour laquelle nous avons voulu nous pencher sur le problème afin de d'identifier les facteurs déclencheurs chez les personnes âgées de 18 à 25 ans.

Problématique

Le nombre de cas de dépression pris en charge par les structures hospitalières ne cesse de croître, c'est la raison pour laquelle un plan national de la santé mentale a été lancé pour la période de 2017 à 2020. En effet ce plan témoigne de l'importance du phénomène dans la société, d'où notre questionnement sur les facteurs déclencheurs que nous formulons comme suit : **« étant donnée les spécificités liées à cette catégorie de la population quels sont les facteurs déclencheurs de la dépression chez les personnes âgées de 18 à 25 ans ? »**

Objet de la recherche

Au démarrage de notre travail de recherche nous avons voulu étaler nos recherches sur les personnes âgées de 16 à 25 ans sur une période de 5ans donc de 2015 à 2020 pour un ciblage très précis des facteurs déclencheurs .toutefois en raison de la difficulté d'accès à l'information nous nous somme restreints à la tranche d'âge de 18 à 25 ans et pour l'année 2020. Nous avons ciblé trois facteurs l'environnement représenté à travers la région, l'âge et le niveau d'étude. L'objet est donc d'en situer le facteur déclencheur de la dépression chez les personnes âgées de 18 à 25 ans.

Méthodologie de la recherche

La méthodologie suivie est descriptive pour la partie théorique basée sur une recherche documentaire pour nous imprégner des concepts théorique liés à la maladie, pour la partie empirique nous avons emprunté la méthode quantitative pour la collecte d'information faite sur les dossiers des patients suivis au niveau de l'EHS de Oued Aissi ; suivie d'une analyse des données par le logiciel statistique R qui nous a permis de traiter les données collectés sur le terrain et les interpréter.

Introduction générale

Structure du travail

Notre travail est articulé autour de trois chapitres intitulés respectivement :

Chapitre 1 : Intitulé la dépression qui est subdivisé en quatre sections.

Chapitre 2 : La santé mentale en Algérie

Chapitre 3 : Analyse des facteurs déclencheurs de la dépression chez les jeunes : données de l'EHS Oued Aissi T.O

Chapitre 01 : La dépression

Introduction

Malgré l'avancée scientifique la dépression reste l'une des maladies les plus fréquentes dans notre société, suite à des difficultés au travail, le découragement, perte d'emploi, échec dans les études, tristesse, perte d'un être chère....Etc. Le trouble dépressif nécessite l'accompagnement psychologique après avoir présenté pendant au moins deux semaines une humeur dépressive, une perte d'intérêt et autre symptômes qui se caractérisent par le trouble de sommeil et d'appétit, perte d'esprit initiative, autopunition, retrait social, inactivité et perte de plaisir.

Section 01 : Historique et définition de la dépression

1.1 Aperçu historique

Le concept de dépression s'est dégagé au XIX siècle et s'est progressivement dissocié de la mélancolie, le devant de la scène, faisant concurrence à une autre figure de la tradition médicale et littéraire, l'hystérie. Si la mélancolie a une longue histoire, la naissance de la notion de « dépression » est lente. Son apparition a été préluée par la description d'une forme de tristesse chez Sénèque dans les dialogues (50ans après J-C) : « la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuse, selon que l'on s'épuise à espérer » Rien de spécifique jusqu'au XVII siècle : la dépression se perd dans la mélancolie, l'hypocondrie et les troubles nerveux. Au XIXe siècle, dans son texte sur le suicide, le spleen et les ostéalgies les considère comme causes suffisantes. J. Falret (1822) développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse de la mélancolie ». En 1969, l'apparition de la « neurasthénie » établit l'existence de formes dépressives distinctes de la mélancolie. Kraepelin, dans son classement de 1899, évoque les formes de dépression citées précédemment et distinctes de la mélancolie. La notion de « dépression » (non mélancolie) voit officiellement le jour. En 1917, Freud publie le texte qui fonde la lecture psychanalytique des dépressions, (deuil et mélancolie), Le travail de Freud faisait suite à celui de son élève K. Abraham (1912) sur la dépression névrotique et le deuil. ¹

En 1928, J. Lange sépare les domaines des dépressions en « dépression endogène » et « dépression exogène ». En 1934, la classification américaine intègre la notion de

¹ J.L Pedinielli, 2005, P12.

Chapitre 01 : La dépression

«dépression réactionnelle ». Chez Fenichel(1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, la « dépression névrotique » est clairement mentionnée, il estime que cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objets. Le DSM-IV décrira, parmi les troubles de l'humeur, l'épisode dépressif majeur qui pourra se combiner avec les différentes autres catégories de l'humeur de trouble de l'humeur.¹

1.2 Définition de la dépression

La dépression est un phénomène relativement fréquent, sa définition n'est pas facile, même les spécialistes ne sont pas d'accord sur sa nature. C'est-à-dire s'il s'agit d'un phénomène biologique ou psychologique.

Selon le grand dictionnaire de la psychologie la dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagnant généralement d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante de parfois l'entraîne à des ruminations su délirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser.

La dépression est un état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend –il plus aucune initiative .Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui résulte augmente encore sa mélancolie.²

La dépression pourrait se définir comme une baisse considérable de sentiment de valeur personnelle et par la douloureuse prise de conscience du ralentissement des opérations mentales psychomotrices et organique.³

La définition psychopathologique de la dépression diffère au sens ou elle tient compte. En plus des symptômes, du polymorphisme des troubles dépressifs.les cliniciens portent regard et

¹ Besançon. A, 2005, P48.

² Sillamy. N, 2003, P79.

³ Kleftaras. G, 2004, P20.

Chapitre 01 : La dépression

un intérêt sur les conditions de vie du sujet dépressifs via la mise en relation des formes cliniques de la dépression et leur étiologie.

La dépression se définit surtout par ses manifestations psychologiques, comportementales, cognitives et biologiques.¹

Selon l'organisation mondiale de la santé : La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.²

Elle peut être de longue durée ou récurrente, et porte essentiellement atteinte à la capacité des personnes à fonctionner au travail ou à l'école, ou à gérer les situations de la vie quotidienne. Dans les cas les plus graves, la dépression peut conduire au suicide. Lorsque légère, la dépression peut être traitée sans médicaments. Cependant, lorsqu'elle est modérée ou grave, les patients peuvent avoir besoin de médicaments et d'une thérapie par le dialogue.

Les agents de santé non spécialisés peuvent diagnostiquer la dépression de façon fiable et traiter celle-ci dans le cadre des soins de santé primaires. Les soins spécialisés sont cependant nécessaires pour une faible proportion de personnes souffrant d'une dépression complexe ou qui ne réagissent pas aux traitements de première intention.

La dépression commence souvent à un jeune âge. Elle touche plus souvent les femmes que les hommes, et les personnes sans emploi sont également à haut risque.

Section 02 : Les types et les symptômes de la dépression

2.1 Type de la dépression

Les types de la dépression selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) :

2.1.1 Le trouble dépressif : En peut citer ce qui suit :

¹ Pedinielli. J. Let al, 2005, P77.

² www.euro.who.int/2010/10. consulté le 27/01/2021 à 10h.

2.1.1.1 Le trouble dépressif majeur

Il est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs (c'est-à-dire humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines associée à au moins quatre autres symptômes de dépression, Un épisode dépressif majeur, pour être diagnostiqué comme tel, doit comporter obligatoirement une humeur dépressive ou un désintérêt marqué allié à d'autres symptômes caractérisant la dépression (évolution du poids, troubles du sommeil, évolution du comportement psychomoteur, fatigue, sentiment de dévalorisation et troubles cognitifs). Le trouble dépressif majeur est caractérisé par la survenue d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs.

Pour que le trouble dépressif soit reconnu, ces symptômes doivent être présent quasiment tous les jours et durant toute la journée sur une durée de deux semaines. Lors du diagnostic, la souffrance de la personne sera prise en compte ainsi que les conséquences de ce trouble sur sa vie quotidienne, ses relations familiales, sociales et ses activités professionnelles.

Malgré toutes ses caractéristiques, le diagnostic de trouble dépressif majeur ne sera pas retenu si les symptômes sont dus aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale ou encore à un deuil récent d'un être cher.

Certains épisodes dépressifs majeurs ont un caractère particulier non par leur symptôme mais par la période de survenue du trouble.

2.1.1.2 Le trouble dépressif non spécifié

Il a été introduit afin de pouvoir coder des troubles de caractère dépressif qui ne répondent pas aux critères de trouble dépressif majeur, trouble dysthymique, trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou trouble de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive (ou des symptômes dépressifs pour les quels l'information est inappropriée ou contradictoire).

2.1.2 Le trouble dysthymique et cyclothymique

2.1.2.1 Le trouble dysthymique

Il est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associés à des symptômes dépressifs ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif majeur.

Chapitre 01 : La dépression

2.1.2.2 Le trouble cyclothymique

Il est caractérisé par de nombreuses périodes d'hypomanie ne répondant pas aux critères d'un épisode maniaque et de nombreuses périodes dépressives ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur pendant une période d'au moins deux ans.

2.1.3 Le trouble bipolaire

Viennent en troisième position avec une moyenne de prévalence de 10%. Ils sont connus sous le nom de psychose maniaco-dépressive (PDM). Ils se caractérisent par une variation anormale de l'humeur provoquant une alternance de période d'excitation et de dépression. Le terme bipolaire évoque les deux pôles manie et dépression.¹

Ce trouble touche environ 60 millions de personnes à travers le monde. Il existe des traitements efficaces pour combattre et les accompagner d'un soutien psychosocial.

Selon l'OMS ce trouble est parmi des dix maladies les plus coûteuses et invalidantes.

Ajoutant à ça le risque suicidaire qui est important. Ce qui le pronostic et le diagnostic médical qui est souvent fait tardivement à l'âge adulte vers 30 ans.²

2.1.3.1 Le trouble bipolaire I³

Il est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs.

2.1.3.2 Le trouble bipolaire II⁴

Il est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par ou moins un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par ou moins un épisode hypomaniaque.

¹ Michael. B first, Allen Frances, Harold Alan, Pincus-DSM-IV diagnostics différentiels, édition Masson, Paris, 1998, P149.

² OMS, trouble mentaux, aide mémoire N°396 avril 2016, [http : www.who.int/mediaentre/factsheets/fs396/fr](http://www.who.int/mediaentre/factsheets/fs396/fr). consulté le 29/01/2021 à 11h.

³ Aude cria, troubles psychiques, trouble bipolaires, P 2.

⁴ Ibid.

Chapitre 01 : La dépression

2.1.3.3 Le trouble bipolaire non spécifié ¹

Il a été introduit afin de pouvoir coder des troubles avec caractéristiques bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucun trouble bipolaire spécifique déjà défini dans cette section (ou des symptômes bipolaires pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

2.1.4 Le trouble de l'humeur ²

2.1.4.1 Le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale

Il est caractérisé par une perturbation thymique marquée persistante évaluée comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

2.1.4.2 Le trouble de l'humeur induit par une substance

Il est caractérisé par une modification marquée et persistante de l'humeur jugée comme étant la conséquence physiologique directe d'une substance donnant lieu à abus, d'un médicament, d'un autre traitement somatique de l'état dépressif ou de l'exposition à un toxique.

2.1.4.3 Le trouble de l'humeur non spécifié

Il a été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent à aucun des troubles de l'humeur spécifiques et pour lesquels il est difficile de choisir entre trouble dépressif non spécifié et trouble bipolaire non spécifié (exemple : crise d'agitation).

A ces types essentiels on ajoute des différents types de la dépression selon Pewzner Evelyne. Les différences sont quelquefois évidentes. Parfois on doit les rechercher soigneusement.

✓ La dépression psychogène³

La dépression est habituellement compréhensible, liée à un événement récent ou à une situation psychologique conflictuelle. Le sujet se sent isolé, abandonné ; bien souvent ce qui

¹ Op-cit, P 2.

² Plateforme Psylux.be

³ Pewzner. E, 2000, P89-94.

Chapitre 01 : La dépression

lui arrive est selon lui la faute des autres et il a tendance à se poser en victime, bien plus qu'en coupable, ce qui est évidemment fort différent de la problématique mélancolique.

✓ La dépression mélancolique¹

Il est difficile, voire impossible de mettre le doigt sur un événement déclenchant, sur un conflit qui pourraient être à l'origine de la situation actuelle. Le sujet ne peut s'en prendre qu'à lui, il ne voit que lui –même comme source possible de sa souffrance : tout vient de lui, tout est de sa faute, il manque de volonté ; bref, tout le mal qui lui arrive, tout le mal dont il souffre ne peut venir que de lui-même. Lui-même.

✓ La dépression masquée²

On parle de « dépression masquée » lorsque le trouble de l'humeur, loin d'être au premier plan, est « masqué » par l'importance des manifestations somatique et des plaints hypocondriaques. Autant de symptômes qui semblent constituer désormais pour le patient le seul langage par lequel il peut exprimer sa souffrance. Le seul moyen de communiquer avec autrui.

✓ La dépression d'involution³

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

2.2 Les symptômes de la dépression

En général les symptômes de la dépression sont variés et se manifestent souvent tant d'une manière psychologique, qu'organique, ils peuvent être classés en catégories suivantes :

¹ Ibid.

² Pevgner. E, 2000, P89-94.

³ Ibid

Chapitre 01 : La dépression

2.2.1 Symptômes en rapport avec les sentiments et comportementaux¹

- ✓ Symptômes en rapport avec les sentiments : chagrin, tristesse, angoisse, culpabilité, colère, hostilité, énervement, irritabilité.
- ✓ Symptômes comportementaux : excitation, le faciès est triste, la position du corps exprime le découragement. En plus ralentissement psychomoteur, pensées et discours lents, pleurs, tentatives de suicide.

2.2.2 Symptômes qui sont en rapport avec les attitudes envers soi-même et l'environnement

Auto-accusation, faible estime de soi, sentiments de lassitude, de désespoir, pessimisme, idées de mort et de suicide.

- ✓ Symptômes d'affaiblissement cognitif : diminution de l'aptitude à penser et difficultés de concentration.
- ✓ Symptômes en rapport avec des changements organiques et des ennuis (symptômes neurovégétatifs) : incapacité de vivre le plaisir, diminution de l'appétit, perturbations du sommeil, perte d'énergie, épuisement, diminution du désir sexuel et plaintes somatiques.²

Cependant, nous devons prendre en considération que ces mêmes symptômes peuvent être présents dans d'autres troubles en dehors de la dépression.

Klerman (1988) a rédigé une liste détaillée des symptômes de la dépression :

- ✓ Humeur dépressive

La grande majorité des dépressifs mentionnent un certain degré de tristesse ceci est varier entre tristesse légère ou mélancolie.les dépressifs considèrent leur situation irréversible, peuvent pleurer souvent, certains peuvent paraître de bonne humeur, sourire, malgré leur tristesse intérieure, ou leur désespoir, mais si un seul mot (bon ou mauvais) est prononcé, leurs défenses diminuent, ils fléchissent et ils éclatent en sanglots.

¹ www.la-depression.org consulté le 17/01/2021 à 11h.

² Keleftaras. G, 2004, P27-28.

Chapitre 01 : La dépression

- ✓ Perte de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelles

Beaucoup de dépressifs semblent perdre la capacité de tirer satisfaction des activités qu'ils avaient l'habitude de considérer comme plaisantes comme les repas, les sorties ... etc rien ne leur fait plaisir. Dans le langage des comportementalistes on pourrait dire que ces activités ne sont plus stimulantes et ne l'intéressent plus.

- ✓ Sensation de fatigue et perte d'énergie

Les dépressifs se sentent souvent très fatigués, le manque de motivation, manque d'énergie, ils se plaignent de faiblesse, de douleurs et d'épuisement, ils ont une difficulté à commencer une activité et même à la terminer.

- ✓ Ralentissement du discours, de la pensée et du mouvement

Les dépressifs parlent d'habitude très lentement, ils tardent beaucoup à répondre aux questions qu'on leur adresse, ils agissent lentement les mouvements du corps sont lents et les gestes moindres. Les thérapeutes souvent mentionnent qu'ils se sentent épuisés après un entretien avec un tel patient.

- ✓ Changements dans l'appétit

Beaucoup de dépressifs n'ont pas d'appétit et perdent du poids, un grand pourcentage de dépressifs qui varie entre 70% et 80%, souffre d'anorexie accompagnée de perte de vie, mais pour (Klerman.1978, Manos.1997).Au contraire un pourcentage bien moins élevé des dépressifs présente une augmentation d'appétit et prend du poids à cause de l'accroissement de la consommation de nourriture.¹

- ✓ Perturbation du sommeil

L'insomnie est un signe particulièrement fréquent de la dépression. L'insomnie peut survenir initialement (la personne ne peut pas s'endormir), d'habitude, l'insomnie initiale est plus liée à l'anxiété qu'à la dépression dans certains cas la perturbation du sommeil prend la forme d'hypersomnie.

¹ Klerman, 1979, Manos, P20.

Chapitre 01 : La dépression

✓ Plaintes somatiques et dysphorie

Souvent les dépressifs se plaignent de douleurs de différents problèmes organiques selon Klerman (1988) quelques-uns des problèmes les plus communs qu'ils présentent, douleurs en haut dos, des crampes musculaires, nausée, vomissements, bouche sèche, miction douloureuse ...etc.¹

✓ Excitation

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

✓ Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer

Le processus mental et l'activité des dépressifs se ralentissent, et souvent accompagné de problèmes de la mémoire, ils ont tendance à avoir des difficultés de concentration, et parfois ils ont des idées fixes, au point de présenter parfois un comportement obsessionnel.

✓ Sentiments et pensées de dévalorisation, de faible estime de soi, d'auto-accusation, de culpabilité et de honte

Ces symptômes constituent une caractéristique principale de la dépression. Les dépressifs semblent se retirer de vie il se considère comme problématiques, ils expriment souvent sentiments de culpabilité et des remords pour des fautes ou des échecs du présent et de passé, la faible estime de soi, se manifeste par la conviction de la personne qu'elle est et continuera à être « un échec » et décevant pour son entourage.

✓ L'anxiété

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

¹ Ibid, P28-29.

Chapitre 01 : La dépression

- ✓ Sentiment d'incapacité, de pessimisme, de désespoir

Ces dépressifs se sentent impuissants et désespérés dans ce monde, étant donné cette conviction, le suicide peut paraître malheureusement comme le seul moyen possible d'échapper à cette réalité douloureuse.

- ✓ Idées de mort et de suicide

Beaucoup de dépressifs pensent à la mort et ont des idées récurrentes de mort et de suicide souvent ils disent : « Je voudrais échapper à tout cela ». Le suicide constitue la complication la plus grave et la plus dangereuse de la dépression, il faut être prudent, quand une personne mentionne le suicide, parce que, contrairement à ce que l'on croit, beaucoup de ceux qui essaient de se suicider parlent de leurs intentions avant de le faire.¹

Section 03 : Les facteurs de la dépression

3.1 Facteurs endogènes

3.1.1 Facteurs génétiques et biologiques

Lorsqu'on étudie le caractère héréditaire et familial de la dépression, il semblerait que chez les parents biologiques du premier degré de sujets dépressifs, le trouble dépressif majeur est 1,5 à 3 fois plus fréquent que dans la population générale, tenant en compte les autres facteurs.² Cependant l'environnement dans lequel évolue l'enfant peut aussi influencer la dépressivité.

3.1.2 Facteurs psychologiques

Les aspects biologiques, cognitifs, émotifs et comportementaux du fonctionnement humain sont en constante interaction. Lorsqu'un aspect de ce fonctionnement est perturbé, ceci a un impact sur les autres. Dans une dépression, la personne malade a tendance à voir la réalité de façon plus négative. En retour, cette interprétation négative amplifie les émotions dépressives, et l'ensemble de ces changements influence les comportements (passivité par exemple). Par ailleurs les tout premiers épisodes de dépression se développent souvent en réaction à un stressor: les événements de la vie, la maladie (facteurs sociaux et

¹ Klerman, 1979, Manos, P 30-33.

² American Psychiatric Association. Troubles de l'humeur, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Traduction française, Paris, Masson, 1996, P1056.

Chapitre 01 : La dépression

environnementaux). Les évènements stressants de l'existence, comme le divorce, le décès d'un être cher, la perte d'un emploi sont des facteurs étiologiques de dysfonctionnements psychologiques. Ce n'est pas le cas pour les dépressions ultérieures dans lesquels un stressor n'a plus la même influence pour le déclenchement de la dépression. Cependant selon la façon de percevoir les choses, les individus ne présentent pas tous la même vulnérabilité face à ces stressors. Certaines personnes disposent de ressources (psychologiques, sociales, environnementales, matérielles) qui les aident à faire face et surmonter plus facilement les aléas de leur existence.¹

3.1.3 L'âge et la dépression

D'après de DSM-IV, le trouble dépressif majeur peut débuter à tout âge, l'âge moyen de début se situant autour de 35 ans.

La dépression a été classiquement considérée comme une maladie des personnes d'âge moyen et des personnes âgées. Il semblerait que ce ne soit plus aussi évident actuellement. Une revue de la littérature sur les tendances séculaires de la dépression a mis en évidence une augmentation des taux de dépression majeure dans les cohortes de personnes nées après la Seconde Guerre Mondiale, une diminution de l'âge de survenue et une augmentation des taux de dépression pour tous les âges durant la période de 1960 à 1975. Cependant il est difficile de se prononcer sur une augmentation potentielle de cas de dépression au cours de cette période et actuellement, car certains facteurs confondants entrent en jeu:

- ✓ C'est à cette époque que la psychiatrie a connu de grand progrès. L'augmentation du nombre total de cas de dépression pourrait être due au fait que l'on soit en mesure de poser des diagnostics plus affinés. La dépression est plus souvent diagnostiquée qu'auparavant.
- ✓ Les personnes plus jeunes ont plus de facilité à verbaliser leur mal-être, à parler de la dépression, ce qui pourrait donner l'impression que la dépression se développe à des âges de plus en plus jeunes. De ce fait on prend de plus en plus conscience de la dépression dans les classes d'âge plus jeunes.²

Plusieurs théories sont avancées pour expliquer l'évolution de la dépression selon l'âge :

¹ Finly-Jones R. Showing, that life events are a cause of depression-areview. Aust NZJ psychiatry, 1981, 15,P 229-238.

² Klerman GL, Welssman MM, Increasing rates of depression, JAMA, 1989, P261.

Chapitre 01 : La dépression

L'évolution de la dépression selon l'âge serait due aux différents facteurs qui interviennent au cours de la vie (changement de statut marital, de statut professionnel, du niveau économique...) et qui font qu'à certains moments la vulnérabilité à la dépression est plus importante.

D'autres hypothèses sont également avancées comme:

- ✓ Les effets de la maturité qui augmente avec l'âge et qui expliquent la diminution parallèle de la survenue de la dépression (par les expériences de la vie acquises, en relativisant les faits de la vie...);
- ✓ Le déclin physiologique dans les âges avancés qui engendre plusieurs problèmes de santé physique et provoque alors des dépressions secondaires. La dépression est alors fortement corrélée aux limitations dans les activités quotidiennes et aux incapacités;
- ✓ Les tendances historiques, la situation d'un pays du point de vue politico-économique, les faits de société engendrent un effet de cohorte dans la survenue des dépressions: d'une génération à une autre, les troubles dépressifs sont plus présents.¹

On pourrait dire que l'évolution de la dépression connaît des variations temporelles qui peuvent être détaillées en effet d'âge, de cohorte et de période.

Il n'y a pas encore de modèle conséquent expliquant les différences dans le risque de survenue de la dépression en fonction de l'âge. Les différences peuvent être expliquées par l'effet des autres facteurs variant avec l'âge.

L'évolution de la prévalence de la dépression selon l'âge est différente chez les hommes et les femmes.²

3.1.4 La dépression chez les personnes âgées

La dépression est un trouble mental commun chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Selon certains auteurs l'augmentation des symptômes dépressifs chez les plus âgés peut être expliquée par l'interaction entre plusieurs facteurs : physiques (la diminution des capacités cognitives, qui a une influence sur la possibilité des personnes âgées à gérer

¹ Mirowsky. J, Ross CE, age and depression, JHealth Soc Behav, 1992.

² Textbook in psychiatric Epidemiology. New York : John Wiley and Sons, 1995.

Chapitre 01 : La dépression

certaines situations de la vie courante) et sociaux (l'appui social dont ces personnes bénéficient).¹

Les personnes âgées constituent une population vulnérable, confrontée davantage que les autres à des événements à l'origine des dépressions :

- ✓ Les problèmes de santé touchant la mobilité et l'autonomie fonctionnelle ;
- ✓ Les pathologies comme les démences, l'hypothyroïdie ou par la prise de certains médicaments ;
- ✓ Les changements dans l'environnement social (veuvage, solitude, peu d'appui social...);
- ✓ La dégradation de la situation socio-économique.

Les symptômes de la dépression se présentent de manière différente chez les jeunes adultes et à des âges plus avancés. Les symptômes de la dépression que l'on rencontre le plus fréquemment chez les personnes âgées sont surtout d'ordre physique et la plupart du temps la dépression est plus difficile à diagnostiquer.

Les personnes âgées peuvent ignorer qu'elles souffrent de dépression et parlent plus de leurs symptômes physiques. C'est ce que l'on appelle couramment la "dépression masquée".

Les facteurs de risque associés à la dépression chez les personnes âgées sont la prise d'alcool, de médicaments, l'abus de substance, les antécédents psychiatriques familiaux, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie d'Alzheimer, le cancer et les maladies cardiaques.²

Le sexe féminin est également un facteur associé à la dépression chez les personnes âgées. Il faut cependant le considérer avec attention car même si les femmes ont des taux d'incidence de dépression en moyenne deux fois plus importants que les hommes, leur durée de vie avec la dépression est aussi plus élevée. Ceci pourrait peut être expliquer l'augmentation des taux de prévalence de dépression que l'on observe dans les classes d'âges plus élevées : elle pourrait être due à la survie plus importante des femmes et à leur taux d'incidence de dépression plus important également.

¹ Oxman TE, Berkman LF, social support and depressive symptoms in the Elderly, 1992, P135-356-368.

² Mulsant B H, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. J clin psychiatry, 1999, P15.

Chapitre 01 : La dépression

D'une manière générale les résultats des études sur l'épidémiologie de la dépression chez les personnes âgées sont assez variés. Mais en termes de tendance, on observe que le taux de prévalence de la dépression dans cette population est plus important dans les enquêtes où une comorbidité de maladies physiques est fréquente. Les dépressions majeures sont en moyenne moins fréquentes que les dépressions mineures. Les taux de prévalence de la dépression chez les personnes âgées sont plus importants chez les femmes et chez les personnes vivant dans des conditions socio-économiques précaires.

3.1.5 La dépression chez les jeunes¹

L'expression de la dépression chez l'adolescent diffère elle aussi de celle de l'adulte et de ce fait reste souvent ignorée, bien que ceci ait tendance à changer.

Des troubles du comportement, des conduites toxicomaniaques ou délictueuses, différentes formes de passage à l'acte et d'agressivité, notamment chez les garçons peuvent être considérés comme des équivalents dépressifs.

A l'adolescence, les modes d'expression de la souffrance psychique vont être différents chez les garçons et chez les filles : chez les garçons, les conduites violentes, des prises de risque, la consommation d'alcool et de drogues sont plus fréquentes alors que chez les filles, ce sont plutôt les symptômes dépressifs, les troubles du sommeil, les troubles des conduites alimentaires et diverses douleurs.

De plus, dans le cas des adolescents il n'est pas toujours facile de distinguer les signaux banals d'une déprime en réaction aux événements de la vie et les symptômes dépressifs graves.

En ce qui concerne la perception de la dépression, un sondage récent de la Ligue Belge de la Dépression auprès de 283 jeunes lors d'un salon étudiant a mis en évidence l'attitude positive de ces jeunes (15-30 ans) par rapport au problème de la dépression : on note beaucoup d'intérêt pour le thème de la dépression et la dépression n'est pas stigmatisée de la même manière que par les personnes des classes d'âges plus élevées. Ces constats ont été comparés à un sondage réalisé de la même manière quatre ans avant et on remarque une évolution de la perception des jeunes et des connaissances des jeunes sur la dépression.

¹ Leclerc A, Fassin D, Granntyea H., Les inégalités sociales de santé.la découverte/inserm ed., Paris, 2000.

Chapitre 01 : La dépression

En résumé, il existe plusieurs hypothèses pour expliquer les différentes évolutions dans la survenue de la dépression en fonction de l'âge. Au cours de la vie, divers facteurs externes (l'environnement, le support social, le statut économique et marital...) sont susceptibles de favoriser ou de protéger de la survenue d'une dépression. Néanmoins il y aurait également des facteurs internes (déclin physiologique, facteurs psychologiques...) qui influenceraient le risque de survenue de dépression.

Les études épidémiologiques réalisées ont des résultats parfois contradictoires : elles ne prennent pas toujours en compte une population étendue pour l'âge mais plutôt des populations d'adultes (18-65 ans), d'adolescents (13-18 ans) ou de personnes âgées (plus de 65 ans). Il est clair que dans ces cas là, les variations observées dans la survenue de la dépression en fonction de l'âge sont alors différentes et certaines restent inaperçues.

De plus, le sexe ainsi que la durée de vie avec la dépression semblent jouer des rôles particuliers dans la prévalence de la dépression chez les personnes âgées.

3.1.6 La différence entre les sexes

La différence entre les sexes pour la dépression a été bien étudiée. Plusieurs études de prévalence ont montré que les taux de dépression étaient plus importants chez les femmes que chez les hommes. Les explications données à ce sujet incluent des hypothèses biologiques, comportementales et sociologiques. Il est cependant nécessaire de souligner que cette différence entre les sexes s'observe uniquement pour les dépressions unipolaires mais pas dans les dépressions bipolaires.

La dépression affecte en moyenne deux fois plus les femmes que les hommes. Plusieurs facteurs spécifiques à la vie des femmes semblent jouer un rôle dans le développement d'une dépression: facteurs hormonaux, d'autres facteurs biologiques et caractéristiques psychologiques. Pour l'instant les causes spécifiques de la dépression chez les femmes restent incertaines.¹

Il est admis que les hormones ont un effet sur le contrôle des émotions et de l'humeur. Les événements reproductifs chez la femme incluent le cycle menstruel, la grossesse, la période post-partum, l'infertilité, la ménopause et parfois la décision de ne pas avoir

¹ Hankin BI, Abramson L Y, Development of gender differences in depression/ description and possible explanations. Ann Med, 1999, P372-379.

Chapitre 01 : La dépression

d'enfants. Ces événements entraînent des fluctuations de l'humeur qui chez certaines femmes peuvent provoquer des dépressions. La dépression du post-partum est le plus fréquemment évoquée. Il faut dire que l'incidence de la dépression du post-partum se situe entre 10 et 15%. La dépression du post-partum apparaît dans les six mois après l'accouchement. Elle est de nature atypique ou masquée par des symptômes physiques, mais peut être traitée par antidépresseurs.

La différence entre sexes s'observe également en ce qui concerne la persistance des symptômes de la dépression. Les femmes expérimentent plus la chronicité de la dépression que les hommes. Cette différence peut être partiellement expliquée par la différence entre les sexes pour l'emploi, l'éducation et le statut marital.¹

3.1 Facteurs exogènes : facteurs sociaux et environnementaux

Plusieurs études soulignent le rôle des facteurs socio-économiques dans la survenue et le développement des dépressions.

Bien que les taux de dépression soit différents selon les caractéristiques socio-économiques, une association significative n'est pas toujours mise en évidence entre la dépression et le statut socio-économique.

La relation entre dépression et facteur socio-économique s'expliquerait par un ensemble de situations: stress lié à la position sociale désavantagée (chômage) ou manque de ressources.

Les facteurs sociaux et environnementaux doivent être détaillés pour clarifier leur rôle dans la survenue et le développement des dépressions.

3.1.1 L'emploi, le statut professionnel

L'emploi a plusieurs fonctions; d'une part il fournit à l'individu les moyens financiers nécessaires à son autosuffisance, d'autre part, il lui permet d'acquérir une identité sociale reconnue.

L'emploi fournit également l'opportunité d'une interaction entre travailleurs. L'acquisition d'un emploi est importante pour le développement de la personne et permet

¹ Demyttenaere K. Psychopathologie du post partum, editor Depression et psychosomatique, 1997, P227-237.

Chapitre 01 : La dépression

l'intégration sociale. Ceci est d'autant vrai lors du passage de l'adolescence vers l'âge adulte, période pendant laquelle une intégration et une reconnaissance sociale sont nécessaires. La fin de l'adolescence est définie par des critères sociaux comme l'intégration dans la vie professionnelle et la stabilité affective.

Lorsque les opportunités en termes d'emploi sont limitées, la progression normale du développement de l'individu est perturbée, augmentant ainsi le risque de développer des symptômes dépressifs durant cette période.

Le chômage dans la population des adolescents et jeunes adultes est également un facteur de risque des symptômes dépressifs: le chômage peut provoquer la survenue de symptômes dépressifs à cause des difficultés financières engendrées, l'impression d'isolement par les pairs, une perte de la reconnaissance personnelle ou en ayant du mal à accepter l'activité professionnelle de l'entourage. L'interaction sociale serait alors un facteur protecteur contre la dépression.

Les conséquences du chômage sont différentes chez les jeunes et chez les adultes. Le chômage des jeunes entrant dans la vie active interrompt le développement d'une intégration sociale, alors que le chômage des travailleurs adultes peut résulter en l'isolement mais n'interfère pas avec les contacts et les capacités sociales déjà atteintes.

L'association entre le statut professionnel et la dépression a été étudiée dans les recherches sociologiques et épidémiologiques: selon certains auteurs l'emploi profiterait émotionnellement aux hommes et aux femmes, bien que ceci ne soit pas aussi conséquent chez les femmes.

3.1.2 Les ressources, le niveau d'instruction

Les difficultés financières font partie des facteurs prédisposant à la dépression: une étude de suivi sur 10 ans chez 326 adultes aux Etats Unis a montré qu'une perte de ressources était significativement associée à une augmentation de symptômes dépressifs, tandis qu'un gain de ressources au cours de la même période était associé à une diminution de symptômes dépressifs.

Chapitre 01 : La dépression

3.1.3 Le stress

Les évènements de la vie (expériences de stress) peuvent être définis comme des expériences cognitives et émotionnelles qui perturbent le cours de la vie et demandent à la personne un réajustement de ses habitudes/ comportements et de ses représentations. Ces processus sont considérés comme stressants et peuvent être responsables d'un début de dysfonctionnement psychologique.

Un travail de la Ligue belge de la dépression passe en revue un certain nombre d'études qui ont montré que les évènements de la vie sont clairement associés à la survenue de la dépression, des symptômes dépressifs et au suicide.

Le fait d'avoir vécu une expérience stressante dans les 6 à 12 derniers mois, augmente fortement le risque de survenue d'une dépression aiguë. Le risque de dépression est environ 6 fois plus élevé chez une personne subissant une situation stressante que chez une personne ne connaissant pas une telle situation. Le risque de faire une dépression augmente avec l'intensité du stress vécu.

3.1.4 Les relations sociales et statut marital

Dans plusieurs études, le support social est un facteur protecteur par rapport aux symptômes dépressifs. Par exemple, on note que les symptômes dépressifs sont moins présents chez les personnes de plus de 65 ans qui ont un large réseau social leur fournissant contact et support émotionnel et lorsqu'elles ont une bonne perception de ce support.

D'une manière générale, les personnes dans une situation de divorce, de séparation ou de veuvage connaissent plus de dépressions que les personnes vivant en couple et les célibataires.

La nature et la direction de l'association entre la dépression et le statut marital sont problématiques. En effet, les épisodes de dépression sont en général suivis par des difficultés dans les relations conjugales, qui peuvent persister pendant plusieurs années après l'épisode, et se terminer par une séparation/un divorce. Mais aussi, le stress engendré par la séparation/le divorce peuvent également prédisposer à la survenue d'une dépression.

Chapitre 01 : La dépression

3.1.5 La culture

On ne peut pas dire qu'un environnement culturel présente plus de risque de survenue de dépression qu'un autre. Il s'agirait plutôt, d'une part de l'expression de la symptomatologie dépressive qui serait différente selon la culture, d'autre part de la technique utilisée pour détecter une dépression qui est souvent adaptée à un type de population.

Par contre un changement d'environnement culturel peut influencer la survenue de symptômes dépressifs: dans une revue de la littérature récente, on a constaté qu'il existait une augmentation du risque de dépression suite à des changements sociaux. Certaines populations migrantes présentent fréquemment des problèmes de dépression: la perte au niveau individuel d'une manière de vivre traditionnelle (structure familiale, support social fort), des caractéristiques culturelles, de la langue au profit de la culture occidentale pourrait représenter un facteur de risque pour la maladie dépressive chez ces populations.

Selon les spécificités culturelles, les symptômes dépressifs s'expriment différemment:

Une étude réalisée à Taiwan met en évidence des taux de dépression majeure beaucoup plus faibles que ceux des pays occidentaux. Une autre étude suggère que la dépression prend une forme différente, plus somatique et moins psychologique, dans la culture chinoise.

Un projet de recherche réalisé en Chine a montré que les psychiatres chinois diagnostiquaient la neurasthénie chez un tiers de leurs patients. Lorsque ces patients étaient interviewés avec l'instrument SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrénie), 87% présentaient les critères du trouble de dépression majeure selon le DSM-III.

Ceci démontre qu'il existe une différence culturelle dans la valeur et la manière d'interpréter les symptômes, qui influence l'expression des troubles psychiatriques.

Les différences culturelles varient néanmoins dans le temps: Il semblerait que l'influence occidentale sur la société chinoise et sur la manière de poser le diagnostic de dépression ait modifié l'expression de la symptomatologie dépressive.

3.1.6 La saisonnalité

On parle de dépression saisonnière (seasonal affective disorder) pour les dépressions ayant un aspect saisonnier: elles sont plus fréquentes en automne et en hiver.

Chapitre 01 : La dépression

L'étiologie de ce type de dépression serait à caractère biologique. Les personnes qui ont un épisode dépressif de type saisonnier pourraient produire une hormone en excès, la mélatonine, qui est reliée au cycle du sommeil et à l'horloge biologique.

La saisonnalité a également une influence sur la sévérité des épisodes dépressifs non saisonniers. Une étude réalisée en Belgique a ainsi comparé les scores de dépressivité et d'anxiété, obtenus sur l'échelle Zung Self-rating Depression (ZD) et Anxiety (ZA), chez 104 patients dépressifs, au cours des quatre saisons. Quatre groupes de personnes dépressives comparables pour l'âge, le sexe et le type de dépression ont été constitués et les scores de dépressivité ont été calculés. Les scores de dépressivité obtenus en avril et en mai sont significativement plus élevés que ceux d'août et de septembre.

Section 04 : Conséquences et la prévention de la dépression

La dépression est une maladie qui se caractérise notamment par une grande tristesse, un sentiment de désespoir (humeur dépressive), une perte de motivation et de facultés de décision, une diminution du sentiment de plaisir, des troubles alimentaires et du sommeil, des pensées morbides et l'impression de ne pas avoir de valeur en tant qu'individu.

4.1 Conséquences de la dépression ¹

4.1.1 Tentatives de suicide, suicides

L'évaluation quantitative des liens existant entre dépression et suicide est approximative. Les raisons à cela sont d'ordre méthodologique : d'une part les données sont recueillies rétrospectivement et il n'est pas toujours aisé de déterminer le statut de dépressivité préalable des suicidés. D'autre part, les méthodes de diagnostic de la dépression et les seuils utilisés sont variés.

Néanmoins divers travaux ont pu montrer que le suicide était étroitement lié aux maladies psychiatriques et notamment à la dépression. La dépression est le chemin final commun vers le suicide.

La dépression est un facteur de risque important du suicide surtout chez les adolescents et les personnes âgées. Les personnes qui développent une dépression tardivement au cours de la vie sont à plus haut risque de faire un suicide. En outre, la comorbidité avec

¹ www.ladepression.org/comprendre/la-depression. consulté le 02/02/2021 à 13h.

Chapitre 01 : La dépression

d'autres troubles comme l'anxiété, et les rechutes de dépression, augmentent le risque de suicide.

Les antécédents de tentatives de suicide constituent également un facteur de risque de suicide dans la population générale.

Les tentatives de suicides sont plus nombreuses que les suicides (14 tentatives de suicide pour 1 suicide) et concernent d'avantage les femmes que les hommes. Ce problème est également à considérer avec attention car la majorité des suicidant récidivent. On peut estimer que le risque de suicide chez les patients ayant commis une tentative de suicide est de 150 fois plus élevé que dans la population générale la population générale.

Un autre aspect de la relation entre dépression et suicide concerne le moyen utilisé pour commettre l'acte : les antidépresseurs prescrits pour le traitement de la dépression sont parfois utilisés à des fins suicidaires. Les problèmes les plus graves engendrés par les antidépresseurs sont le traitement non adéquat et l'échec de traitement, plutôt que l'overdose liée à ces médicaments.

Le suicide constitue sans aucun doute la complication la plus grave de la dépression. Bien que le suicide soit considéré comme un acte multi déterminé, le groupe à plus haut risque reste celui des patients déprimés.

La prévention du suicide passe par le traitement efficace des troubles mentaux et le contrôle des facteurs de risque environnementaux. Les progrès dans le traitement de la dépression influencent positivement la prévention du suicide lors de la prise en charge.

4.1.2 Influence sur la survie

L'association entre la dépression et la mortalité (autre que celle due aux suicides) dans la population générale a été établie dans plusieurs travaux. La dépression réduirait significativement la survie : deux études de cohorte réalisées aux Etats Unis ont montré que les personnes dépressives majeures avaient un taux de mortalité significativement plus élevé que les autres. Le risque de mortalité est de 2 à 4 fois plus important lorsqu' on ajuste sur les autres facteurs comme l'âge, le sexe, le statut socio-économique, l'existence d'une maladie chronique, les indicateurs de santé générale.

Chapitre 01 : La dépression

Plusieurs facteurs et conditions augmentant les risques de dépression sont également des facteurs qui réduisent la survie en générale : les taux de dépression et de mortalité sont élevés chez les personnes socio économiquement défavorisées et les personnes ne vivant pas en couple.

4.1.3 Répercussions familiales, sociales et professionnelles :

Le retentissement social, professionnel et familial de la dépression est particulièrement important.

L'impact de la dépression est présent à différents moments de l'évolution de la maladie :

Au début de la maladie, la famille et l'entourage ne sont pas sensibilisés à reconnaître les symptômes de la dépression. Ils ne comprennent pas ce qui se passe et attribuent les modifications de l'état de la personne dépressive à un manque de volonté ;

Lorsque la dépression connaît une évolution chronique, la maladie peut revêtir l'aspect de véritables troubles de personnalité auxquels la famille et les amis doivent s'adapter.

✓ Répercussions familiales

La dépression d'un membre de la famille est un élément déstabilisant : chez les conjoints, il peut y avoir une importante détresse psychologique, plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Chez les enfants il est difficile de faire la part entre la composante psychologique et les aspects environnementaux, mais plusieurs auteurs signalent que les enfants de parents dépressifs sont exposés à un risque plus élevé de présenter une dépression ou d'autres problèmes psychiatriques que les autres enfants.

Aussi, l'image que donne un parent dépressif peut avoir des répercussions sur l'affectivité de l'enfant et sa scolarité.

Chapitre 01 : La dépression

✓ Répercussions professionnelles

Au travail, la personne dépressive éprouve des difficultés de concentration entraînant accidents de travail et baisse de rendement professionnel. La fréquence des arrêts de travail chez les patients déprimés illustre bien l'impact de cette affection sur la vie professionnelle.

✓ Répercussions sur la qualité de vie

Bien que la qualité de vie reliée à la santé ne soit pas facile à évaluer car celle-ci prend en compte une série de paramètres qui diffèrent selon les individus et selon leur culture, plusieurs instruments nous permettent de l'apprécier. La plupart de ces instruments incluent des items relatifs aux symptômes comme la douleur, la fatigue, des questions sur le statut fonctionnel, psychologique et les performances par rapport aux activités normales.

Les troubles mentaux en général perturbent la vie des personnes touchées et de leur famille. Ils constituent dans les pays développés une des principales causes de la charge globale de morbidité.

Selon l'OMS, 1/5 de toutes les causes de handicap sont relatives aux maladies psychiatriques et en premier lieu à la dépression et à l'anxiété en effet, la dépression est une maladie qui peut être de longue durée, à caractère récurrent et chronique.

Les problèmes quotidiens engendrés par la dépression sévère sont les baisses de l'humeur, la fatigue, les problèmes de sommeil et la souffrance psychique.

4.2 La prévention de la dépression

Les patients déprimés peuvent développer des symptômes à n'importe quel âge cependant la présentation clinique varie légèrement selon le stade de développement, induisant des différences dans la manière dont la dépression se manifeste tout au long de la vie¹.

L'âge de début ne semble pas permettre de définir des sous-groupes distincts de dépression, mais un début précoce est associé à de multiples indicateurs d'une pathologie plus sévère à l'âge adulte, se manifestant au travers de nombreux domaines : statut matrimonial,

¹ www.inserm.fr/informationensanté/dossiersinformationensanté.journaldesfemmes.fr/fichemaladie/psychiatrie
Consulté le 09/02/2021 à 14h.

Chapitre 01 : La dépression

plus de difficultés d'intégration et de fonctionnement social, moins bonne qualité de vie, plus de comorbidités médicales et psychiatriques, fréquence accrue d'épisodes dépressifs au cours de la vie, augmentation du risque suicidaire et majoration de la sévérité de symptômes

Les moyens thérapeutiques sont de deux ordres, « chimique » (médical) et psychique (psychologique). Il n'y a pas de suprématie ou d'efficacité d'un moyen sur l'autre. Les deux sont utiles et vitaux au dépressif pour un mieux-être. Ces deux moyens sont complémentaires et indispensables au traitement de la dépression.

De la même manière que chez les adultes, l'évolution de la dépression du jeune est marquée par la récurrence. Un épisode de dépression en population clinique dure de 7 à 9 mois en moyenne, mais la durée peut être plus courte en population générale. Autrement dit, les épisodes dépressifs sont la plupart du temps spontanément résolutifs. Cependant, la probabilité d'une récurrence dans les 2 ans s'élève à 40 %. Elle reste élevée après l'arrêt du traitement.

La probabilité qu'un nouvel épisode survienne à l'âge adulte est évaluée à 60% ainsi la maladie dépressive peut être considérée de manière optimale comme un état chronique avec des rémissions et des récurrences. Ceci a des implications importantes dans la prise en charge, qui ne peut se réduire au fait de limiter la durée de l'épisode dépressif. Elle doit prendre en compte les conséquences de l'épisode dépressif et aussi prévenir les récurrences. Les facteurs de risque de récurrence sont une moins bonne réponse au traitement, une sévérité plus élevée, une chronicité, des antécédents d'épisodes dépressifs, une comorbidité, un caractère désespéré, un style cognitif négatif, des problèmes familiaux, un bas niveau socio-économique et l'exposition aux maltraitances (abus ou conflits familiaux)

4.2.1 Traitement et prise en charge de la dépression

4.2.1.1 Prévention de la dépression

Il n'est plus à démontrer l'importance de l'impact sanitaire et socio-économique de la dépression que sont les suicides, la baisse de la qualité de vie, les conséquences sur la famille, l'entourage et l'activité professionnelle, les incapacités liées à la dépression, l'absentéisme au travail... Ces constats montrent bien l'importance de mettre en place des programmes de prévention de la dépression adaptés à la population cible (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées, médecins) et selon le type de dépression (du post -partum, saisonnier, récurrent etc.).

Chapitre 01 : La dépression

Les difficultés liées la prévention de la dépression et sa prise en charge sont principalement : la méconnaissance de la dépression et la stigmatisation de la santé mentale en général.

Traditionnellement on distingue la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La prévention des maladies mentales diffère fondamentalement de la prévention des maladies physiques, c'est pour cette raison qu' il est nécessaire de l' envisager sous un modèle autre que le modèle médical de la prévention (envisager par exemple le modèle de réduction des risques).¹

4.2.1.2 Prévention primaire

La prévention primaire de la dépression consisterait à éviter la survenue d un premier épisode dépressif en contrôlant les facteurs de risque ou en favorisant les facteurs protecteurs.

Cependant lorsque l'on étudie les facteurs de risque de la dépression, on se rend compte que se sont des facteurs sur lesquels il est difficile d'agir, car ils concernent une situation de la vie, les évènements qui l'entourent et la capacité à y faire face (facteurs psychologiques, culturels, sociaux, économiques).

Les difficultés rencontrées pour mettre en place des actions de prévention primaire sont diverses mais principalement, il s'agit de :

- ✓ L'absence de données épidémiologiques précises sur la dépression (pas de chiffres précis sur le besoin et la demande de prévention) pour justifier des actions ;
- ✓ Le manque d'évaluations de programme dans le domaine psychiatrique ; celles-ci sont rares et méthodologiquement limitées ? de plus, l'effet que l'on pourrait observer après un programme de prévention, n' est pas forcément attribué à l' intervention.

Des interventions de prévention primaire pourraient se traduire par diverses activités permettant de produire une meilleure information sur la dépression, une information accessible à tout le monde et des actions de sensibilisation sur la santé mentale. On pourrait par exemple dans le cadre d'activités scolaires concernant divers aspects de la santé, aborder le thème de la dépression pour sensibiliser les jeunes à ce problème de santé mentale. Ceci permettrait de fournir plus de connaissances sur la maladie, les traitements, de reconnaître les

¹ Illustrative preventive intervention research programs. Frontiers for preventive, 1994, P215-313.

Chapitre 01 : La dépression

symptômes d'une dépression, d'avoir une attitude positive vis à vis de la prise en charge et de faire en sorte que la dépression soit reconnue.

Le support social est un facteur protecteur de la dépression. Des actions à ce niveau peuvent être envisagées à travers la constitution ou le renforcement de réseaux locaux de support social (services sociaux, associations).

Une information plus large sur la maladie mentale aurait pour objectif de tenter de déstigmatiser ce problème de santé publique auprès aussi bien de la population générale que des professionnels de santé.

Plusieurs exemples de prévention primaire que nous ne détaillerons pas ici, sont cités dans la littérature.¹

4.2.1.3 Prévention secondaire ²

✓ Prise en charge, les constats

Le constat général est que la dépression n'est pas toujours prise en charge. Pourtant les deux tiers des dépressifs pris en charge par le généraliste réagissent favorablement après un délai de six semaines au traitement antidépresseur instauré.

Plusieurs facteurs sont responsables des problèmes de diagnostique. Ces facteurs sont soit liés aux patients, soit aux médecins, soit à l'organisation des soins.

Le recours aux soins des dépressifs n'est pas spontané et résulte de divers éléments (socio-économiques et culturels notamment).

Dans un certain nombre de cas, les patients dépressifs consultent lorsque leur dépression est déjà à un stade avancé et ont une demande de soins plus spécifiques. Cependant peu nombreux sont ceux qui consultent directement un spécialiste, en raison notamment d'une appréhension de la psychiatrie et de la maladie mentale encore présente dans les mentalités.

Lors de la consultation, le motif évoqué est rarement la dépression elle-même (il s'agit plutôt de plaintes somatiques) et le généraliste a souvent des difficultés à remplir son

¹ Illustrative preventive intervention research programs. *Frontiers for preventive*, 1994, P215-313.

² De Trayer W., dépistage de la dépression en médecine générale, *Patient care*, 2000, P23.

Chapitre 01 : La dépression

rôle de référant (vers un psychiatre) dans la prise en charge en raison notamment des difficultés diagnostiques (reconnaissance de la dépression) et thérapeutiques. Mais il est faux de croire que ce n'est que le rôle du spécialiste de prendre en charge les problèmes de santé publique comme la dépression. Les personnes ayant une dépression s'adressent surtout à leur médecin généraliste. Cependant le manque de formation des médecins généralistes en psychiatrie, souvent observé dans les pays européens, constitue un handicap à une bonne prise en charge. Et c'est à ce niveau qu'il est aussi nécessaire de réagir.

✓ Les mesures de prévention secondaire

Les mesures de prévention secondaire visent à interrompre le processus de la maladie en cours pour prévenir de futures complications, limiter les incapacités, éviter un décès prématuré.

Ces mesures concernent le dépistage et le traitement de la dépression, mais aussi la prévention du suicide. Néanmoins, nous allons aborder que sommairement la prévention des suicides, bien qu'elle constitue un sujet très vaste et intéressant et nous pencher sur les mesures de dépistage et de traitement de la dépression.

La dépression est une maladie mentale qui répond bien aux traitements. Encore faut-il que la dépression soit prise en charge de manière satisfaisante. Les problèmes rencontrés dans la prise en charge de la dépression soulignent la nécessité de mettre en place des programmes visant à favoriser une meilleure reconnaissance de la dépression par le patient et son médecin et optimiser les traitements antidépresseurs.

Du côté des médecins, des actions de formations des médecins généralistes à identifier les caractéristiques personnelles et environnementales du patient ainsi que les événements susceptibles de contribuer à l'apparition d'un état dépressif, à la reconnaissance des symptômes et au traitement des dépressions, pourraient être intensifiées.

4.2.2 Traitement

✓ Médical

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

Chapitre 01 : La dépression

L'hospitalisation sera systématique en cas de mélancolie ou en cas d'idées suicidaires importantes, de forte culpabilité ou de tentative de suicide.

Les antidépresseurs sont souvent nécessaires, en n'oubliant pas leurs contre-indications et leurs effets latéraux possibles, en sachant qu'ils n'agissent qu'après 15-20 jours qu'il faudra les poursuivre pendant au moins six mois avant d'envisager de les arrêter progressivement.¹

Les antidépresseurs ont pour but de faire disparaître le l'humeur dépressive et de redonner au patient le dynamisme et sens du plaisir qu'il a perdus.

Les antidépresseurs Tricycliques :Athymil, floxuftral, Prosac, défanyl, Stablon, Deroxat, Divarius, Séropram, Séplex, Norset, Zoloft, Ixel, Effexor ;
Antidépresseurs de nouvelle génération :Marsilid, Moclamine ;
Antidépresseurs de la Monoamine Oxydase ou IMAO.

A ces médicaments essentiels, on ajoute très souvent, de façon auxiliaire, d'autres psychotropes, ayant un effet sédatif : des tranquillisants, des neuroleptiques, d'autres produits sont utilisés pour régulariser l'humeur. Aussi bien chez le déprimé que chez le maniaque, ce sont le lithium.

L'électrochoc, crise d'épilepsie déclenchée de façon artificielle sous anesthésie générale, constitue une thérapeutique ancienne mais encor efficace utilisée dans certains cas particuliers.²

✓ Psychologique

Le travail se fera sur les croyances dysfonctionnelles quand, chez le typusmelancholicus. L'estime de soi parait foncièrement liée à un dévouement excessif qui amène le sujet à négliger tout loisir. Une argumentation serrée doit s'instaurer, où il sera longuement expliqué que l'équilibre des proches doit aussi se nourrir de la joie et des richesses intérieures de celui qui se dévoue pour eux.peu à peu l'existence pré-dépressive devra se réorienter sans qu'il en naisse une nouvelle culpabilité.³

¹ Godfryd M., 2002, P45-46.

² Debray Q., 2006, P55-60.

³ Debray et Nollet, 2001, P139.

Chapitre 01 : La dépression

✓ Les thérapies d'inspiration analytique¹

Leurs méthodes et principes reposent sur l'évocation par le souvenir donc la remémoration et la compréhension des conflits psychique infantiles par le déprimé. Elles visent à un changement intérieur par un travail intérieur. Ce changement doit aboutir à un travail de deuil et de détachement. la thérapie menée auprès d'un sujet dépressif s'avère longue et délicate. Elle nécessite de l'écoute, de l'empathie et une compréhension psychosociale des phénomènes observés.

✓ Les thérapies cognitivo-comportementaliste²

La thérapie cognitive émet l'hypothèse que le facteur déclenchant de la dépression est la perturbation des processus qui agissent en transformant les informations reçues en représentations mentales.

C'est une thérapie à court terme qui s'intéresse exclusivement au comportement présent du sujet déprimé en y insufflant un travail de modification des contenus lugubres et dépressogènes du schéma de représentation mentale du sujet. Le but à atteindre est d'améliorer positivement les symptômes présents de la dépression immédiatement et instantanément au vu de la situation vécue au présent. Le but atteint doit se traduire par une prise de conscience des pensées négatives que le sujet a engrangées et que ce dernier y substitue des pensées conformes à réalité environnante par l'intermédiaire d'interprétations plus réalistes et adéquates aux situations vécues et à venir.

¹ Pedinielli. J.L et al 2005, P120.

² Op-cit, P121.

Chapitre 01 : La dépression

Conclusion

La dépression (ou trouble dépressif) est une maladie psychique fréquente qui par ses troubles de l'humeur, perturbe fortement la vie quotidienne. De nombreux facteurs psychologiques, biologiques et environnementaux sont en cause dans sa survenue, suite à des événements assez difficiles à supporter ou à surmonter, cette maladie nécessite une prise en charge psychologique et psychiatrique, pour que la personne atteinte puisse dépasser sa souffrance et retrouver sa vie qu'il a perdue.

Introduction

L'hôpital psychiatrique, spécialisé dans la prise en charge des troubles mentaux, propose des hospitalisations plus ou moins longues, et différentes approches thérapeutiques.

De nombreuses maladies mentales peuvent être traitées en hôpital psychiatrique.

Il s'agit par exemple de dépression ou d'idées suicidaires, de troubles bipolaires, de schizophrénie ou de psychoses chroniques, d'addictions ou de troubles du comportement alimentaire, de troubles anxieux (TOC, phobie sociale, anxiété généralisée), de démences ou encore de troubles du comportement.

Ce chapitre a pour objectif de présenter en générale l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie FARNANE HANAFAI de Oued-Aissi Tizi-Ouzou.

Section 01 : La santé mentale en Algérie

1.1 Concept théorique du secteur psychiatrique

L'esprit du secteur est de traiter la demande de soins, d'intervenir tant auprès de l'entourage que du sujet lui-même, pour que soit finalement acceptée la solution qui laisse à celui-ci le maximum de son autonomie et le dégage des contraintes qui pèsent sur lui du fait même de sa maladie et non de le priver de sa liberté. Pour qu'une sectorisation soit appliquée sur tout le territoire il faudra une conjonction de volontés administratives et médicales, régissant ainsi la quasi-totalité du système public de prévention et soins aux malades mentaux.

1.2 Sectorisation psychiatrique :

1.2.1 Définition de la sectorisation psychiatrique ¹

La psychiatrie de secteur ou sectorisation en psychiatrie désigne l'organisation administrative gérant la maladie mentale et la répartition des structures de soins de santé mentale. Ce système représente une refonte du système de soins en psychiatrie. Elle est considérée comme une révolution en regard de l'asile du XIXe siècle où le principe était hospitalo centriste. La politique de psychiatrie de secteur a permis de développer la prise en charge « hors les murs ».

¹ www.epsm-marne.fr consulté le 22/02/2021 à 10h.

Le secteur constitue la base du service public destiné à répondre à la demande de soins de la population qui y réside. Ce secteur peut être plus ou moins vaste, selon la densité de population. C'est tout d'abord une aire géographique, tenant compte des conditions démographiques, à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux malades qui en ont besoin. Le secteur est constitué de divers services destinés à permettre l'exercice des activités de prévention, de cure (y compris les traitements ambulatoires) et de post-cure que nécessite l'état du patient. Il est confié à un médecin psychiatre qui a la responsabilité d'une équipe composée de médecins, psychologues, infirmières, assistantes sociales, etc.

L'adresse d'une personne malade la relie au secteur qui a le devoir de la prendre en charge si elle l'accepte et selon les modalités du service public.

En ces temps de réformes en tout genre, d'ordonnances, de maîtrise de dépenses, de restructurations, on peut se demander, dans notre discipline de psychiatrie publique, ce qui restera d'une politique dite de secteur.

On sait en effet que cette politique date de plus de quarante ans et fut confortée par tous les ministères qui se sont succédé depuis le texte fondateur, la fameuse circulaire du 15 mars 1960. On a pu, de ce fait, entendre des propos (généralement en aparté) critiquant cette organisation des soins et visant à la dissoudre en de vagues formules plus ou moins calquées sur celles que prévoient les ordonnances d'avril 1996 pour les disciplines médico-chirurgicales.

Or, nous voudrions ici démontrer que « le secteur » est avant tout un outil de soins, un ensemble de techniques qui reposent sur de solides fondements théoriques et sur une pratique qui a fait les preuves de son efficacité sanitaire et même économique.

La notion de « secteur » en psychiatrie nous est devenue familière au point que certains semblent parfois en avoir oublié la finalité. Quelques administrations hospitalières ont eu quelquefois aussi la tentation de proposer des « alternatives » au secteur et d'imaginer des services psychiatriques purement hospitaliers. Il n'est pas jusqu'à des « universitaires » qui en arrivent à contester cette conception des soins psychiatriques, la jugeant peu scientifique par rapport à une bonne vieille « neuropsychiatrie » qu'ils voudraient ressusciter.

Sur l'histoire du secteur, détaillée, on pourra consulter Audisio (1980) ou Postel (1987). On ne saurait, en bref, oublier l'histoire. Car il y a une histoire et si nous pensons qu'elle joue un rôle considérable, ce n'est pas simplement par une curiosité jetée sur la chronique du passé.

C'est aussi et surtout parce que nous savons que l'histoire, la grande histoire (c'est non seulement l'histoire du sujet, ce qui est d'un tout autre ordre), intervient comme déterminant fondamental de la personne humaine et singulièrement de toute la psychopathologie. Michel Foucault voyait dans l'histoire « le seul a priori concret » qui justifiait l'institution psychiatrique, les formes de maladie mentale et la psychopathologie « à prétention scientifique ». Si Foucault avait une vue trop systématique de cette détermination, il a eu le mérite considérable de la mettre en valeur. L'histoire donc nous détermine aussi en ce qui concerne cette « institution » thérapeutique qu'est, pour nous, le « secteur ». Cela veut dire que les textes légaux qui le fondent encadrent certes nos projets thérapeutiques – et dans une certaine mesure les contraignent – mais également reflètent un mouvement de pensée (et d'action) qu'ils accompagnent et même suivent (rappelant que dans toute société le droit suit les mœurs et non pas que les mœurs auraient à suivre le droit, ce qui serait de l'idéologie pure au sens le plus péjoratif).

1.2.2 La politique de secteur : il s'appuie sur quatre principes qui sont :

- ✓ Traité aussi précoce que possible ;
- ✓ Assurer la poste cure en évitant les récidives ;
- ✓ Séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu ;
- ✓ Accueillir tous les malades d'une région donnée.

A partir d'un plateau technique différencié, l'hospitalisation n'est plus qu'un temps du traitement, la continuité des soins étant assurée par une même équipe médico-sociale sous la responsabilité d'un médecin chef devenu chef de secteur.

1.3 La sectorisation psychiatrique telle que définie en Algérie ¹

L'Algérie a réalisé des avancées significatives dans la prise en charge des troubles mentaux depuis son indépendance en 1962. Les défis actuels concernant le développement et l'organisation des soins de santé mentale ont mené le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière à lancer le Plan National de Promotion de la Santé Mentale 2017 – 2020. Ce plan vient répondre à la nécessité d'offrir au pays un cadre stratégique d'ensemble coordonnant les activités de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation. Les actions programmées visent le renforcement de la protection et la promotion des droits

¹Santé.gov.dz

fondamentaux des patients, la sensibilisation de la société et accordent une importance prépondérante aux soins communautaires. Elles permettront le renforcement de l'accessibilité² aux soins de santé mentale, une meilleure équité et inciteront à la mise en place de solutions innovantes aux problèmes posés par la prise en charge des troubles mentaux. Enfin, la mise en œuvre du plan contribuera à l'action du pays pour atteindre les cibles définies dans les Objectifs de Développement Durable retenus par les Nations Unies dans l'Agenda 2030 pour le développement durable dans le monde.

1.3.1 La santé mentale en Algérie ¹:

Le Programme national de santé mentale présenté par Mr le ministre bénéficiera d'une enveloppe financière 6,6 milliards de dinars. A cette occasion, il a mis en exergue l'importance de ce dossier tout en insistant sur le dispositif de prise en charge des soins psychiatriques dans les CHU, les EHS et les secteurs sanitaires.

✓ Les objectifs à atteindre sont :

La réduction de l'incidence et de la prévalence de certains troubles mentaux et neurologiques, comme la dépression, l'arriération mentale, la toxicomanie, l'épilepsie et les troubles psychosociaux liés aux évènements traumatisants.

Mettre en place une organisation de soins la plus adaptée, la plus efficace et la moins coûteuse possible avec une législation effective en harmonie avec cette organisation des soins.

Renforcer la prévention, et mettre en place des mécanismes de réhabilitation et élaborer des programmes de communication pour l'éducation sanitaire des citoyens en termes de santé mentale dans l'approche " non à l'exclusion des malades mentaux ".

Développement d'espaces ou de lieux de prévention destinés à la prise en charge de certains problèmes de santé mentale spécifiques : toxicomanie, suicidant.

Renforcement de la psychiatrie d'urgence par la création d'espaces supplémentaires destinés à gérer les états ou les situations de crise.

Création de service de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, assurant l'ensemble des prestations dans le cadre d'une sectorisation.

¹ Bspace.univ-tlemcen.dz

Etablir une planification de la formation adaptée aux besoins et aux possibilités.

Le secteur de la santé mentale algérien est excessivement tributaire des hôpitaux psychiatriques et des hospitalisations. Au lieu de construire de nouvelles cliniques psychiatriques, chaque hôpital général devrait disposer d'une unité d'internement psychiatrique pour rendre les soins de santé mentale accessibles à tous et éviter la stigmatisation. Bien que l'offre de services de santé mentale dans les centres de soins de santé primaires se soit accrue au cours des dernières années, avec la création de 129 centres fournissant de tels services, des mesures supplémentaires devraient être prises pour renforcer les services ambulatoires et diminuer le recours aux soins hospitaliers. Il faudrait que les services de santé mentale évoluent et que l'État investisse au niveau de la population, dans le cadre d'initiatives fondées sur les droits de l'homme et les principes modernes en matière de politiques de santé mentale, et reposant sur la qualité de service et l'autonomisation des patients.

Le secteur de la santé dispose d'établissements hospitaliers dédiés exclusivement aux soins de personne atteintes de trouble mentaux, une dizaine d'entre eux sont en voie d'achèvement ou achevés et non encore fonctionnels. Les activités de santé mentale sont assurées dans les CHU, les EHS, les EPH, et les EPSP de façon très inégale en fonction des moyens disponibles et des personnels affectés (psychiatres, médecins généralistes formés, psychologue cliniciens et orthophonistes, paramédicaux).

Certains services au niveau des CHU et des EHS spécialisés en psychiatrie disposent de services pour enfants et adolescents.

Les services de psychiatrie se trouvent au niveau des EPH (hôpitaux généraux) assurent généralement les soins en hospitalisation et en ambulatoire.

Actuellement, les services spécialisés disposent de 5299 lits distribués comme suit :

Tableau N°1 : Répartition des lits psychiatriques en Algérie.

Structure	Nombre	Lits
EHS psychiatrique	19	4503
Services de psychiatrie en EPH	27	591
Services de psychiatrie en CHU	6	205

Source : dspace.univlemcen.dz/bitstream/112/6094/1/IngArch.BOUGUETTAYA%2BSERIR.pdf.

L'offre de soin psychiatrique hospitalière existe au niveau de référence et aux niveaux périphériques du système de santé. Au niveau de référence, niveau le plus élevé en matière de soins, l'offre hospitalière en soins psychiatriques existe au niveau des CHU, que nous appellerons ici soins psychiatriques de très haut niveau, et des Etablissements Hospitaliers Spécialisés ou EHS, que nous appellerons soins psychiatriques de haut niveau pour les différencier des premiers.¹

Par ailleurs un certain nombre de projets de réalisation d'hôpitaux ont été engagés et sont en voie d'achèvement.

Toutefois, nous pouvons qualifier cette offre de "déséquilibre" car il est reconnu que l'offre de soins au niveau périphérique doit être la plus importante dans un système de santé donné.

Ce déséquilibre est probablement due au reliquat de l'hospitalo-centrisme qui a prévalu dans le développement des structures psychiatriques héritées de l'époque coloniale ou prévalait la vision asilaire de la pratique psychiatrique.

12 wilayas ne disposent d'aucune offre de soins psychiatriques au niveau périphérique faisant soulever un problème d'accès aux soins dans de vastes régions du pays. Un effort certain doit se faire dans le sens de renforcement de l'offre de soins au niveau périphérique pour améliorer l'accès aux soins.

1.3.2 Les structures psychiatriques dans la région du nord :

Par région, le nord est la région la mieux lotie en terme de disponibilité de structures psychiatriques, suivie des Hauts Plateaux et du Sud. La situation de la région Sud est la plus critique avec aucune offre de soins de haut niveau et uniquement 7 wilayas sur 12 disposent d'une offre de soin au niveau périphérique. Malgré le fait que le Nord comprenne la majeure partie de la population, la répartition de l'offre de soins à travers le pays pose un sérieux problème concernant l'accessibilité aux soins de santé mentale et également en termes d'équité.

L'offre de soins au niveau du Nord (région qui englobe plus de la moitié de la population du pays) est diversifiée et variée. En effet l'offre de soins psychiatriques est présente à tous les niveaux de soins du système national de santé au niveau des CHU et au niveau des EHS.

¹ Saci.F et Soualhi.A, Intervention du pharmacien dans les unités de psychiatrie, 2019.

Cependant, le déséquilibre dans l'offre de soins au niveau de la région Nord est flagrant. En effet, en considérant le nombre et la qualité des structures se trouvant dans cette région, l'offre de soins spécialisée et hautement spécialisée (CHU et EHS) représente près du double de l'offre de soins psychiatriques au niveau périphérique. Par ailleurs 17 wilayas de cette région (77 % des wilayas) ne possèdent pas d'offre de soins au niveau périphérique. Certains hôpitaux généraux qui se trouvent au niveau des grandes villes, siège de wilaya, possèdent un service de psychiatrie.

Concernant cette région, il est également à relever qu'elle englobe la majeure partie soit 83% des structures de soins de très haut niveau présente aux CHU (5 structures psychiatriques sont au niveau CHU sur les 6 que possède le pays). Tous les services qui font partie d'un CHU sont situés dans le Nord. C'est aussi le cas pour les structures psychiatriques de haut niveau (présentes dans les EHS) ou le Nord englobe la majeure partie soit 67% des structures de soins de haut niveau (13 EHS parmi les 19 que possède le pays).

Tableau N°2 : Les structures de psychiatrie dans la région du Nord (2016)

Région	Wilayas	Services de Psychiatrie Au niveau des CHU	Etablissements hospitaliers psychiatriques spécialisés	Services de psychiatrie au niveau des établissements publics hospitaliers	Nombre de lit par 100000 habitants
Nord-ouest	Tlemcen, oran , Chlef, sidi bel abbes, mostaganem Mascara, relizane, ain temouchent	03 Tlemcen Oran Sidi-bel abbes	05 Oran Mostaganem Sidi-bel abbes Chlef Relizane	03 Chlef Ain temouchent Mascara	13.7
Nord-centre	Bejaia , blida bouira, tizi ousou, alger Médéa	03 02 à Alger 01 à tizi ousou	06 02 à Alger 01 à tizi ousou, blida,	04 Bejaia Bouira Médéa	18.7

	Boumerdes Tipaza Ain defla		bouira et tipaza	Ain defla	
Nord-est	Jijel, skikda Annaba Guelma et tarf	00	02 Skikda Annaba	03 Jijel Guelma El tariff	17.5
Total	22	06	13	10	16.7

Source : dspace.univtlemcen.dz/bitstream/112/6094/1/IngArch.BOUGUETTAYA%20BSEIRI.pdf.

1.4 L'hospitalisation en Algérie¹ :

Les services de psychiatrie sont organisés en établissements hospitaliers spécialisés "EHS" pour la plupart d'entre eux. Ces services sont organisés en secteurs psychiatriques. Chaque secteur prend en charge la population d'une région donnée (par exemple, l'EHS psychiatrique de Ain Abessa dans la wilaya de Sétif, prend en charge les patients de quatre wilaya : Sétif, Jijel, Bordj Bou Arreridj et M'Sila). Une circulaire ministérielle fixe la liste des secteurs psychiatriques avec les découpages géographiques leurs correspondants. Les modalités d'hospitalisation en psychiatrie ont été précisées par le code de la santé de Février 1985.

Il existe plusieurs modalités d'hospitalisation :

1.4.1 L'hospitalisation en service ouvert :

L'hospitalisation et la sortie en service ouvert de psychiatrie, d'un malade atteint de troubles mentaux, s'opèrent selon les règles en usage pour d'autres pathologies.

Le malade, majeur et civilement capable, peut, lui-même, demander son hospitalisation.

Dans le cas où le malade est incapable et n'ayant pas de famille, le représentant légal peut établir la demande d'hospitalisation.

¹ Bougherara Mostefa, Évaluation du programme national de santé au niveau de la wilaya de Biskra, Juin 2005, P27.

1.4.2 L'hospitalisation du fait d'un tiers :

La mise en observation ou l'hospitalisation du fait d'un tiers, intervient lorsque les troubles présentés par le malade rendent impossibles son consentement et que son état impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier, la présentation du malade à l'autorité médicale peut être effectuée par :

La famille du malade ou son représentant légal,

Toute personne publique prenant intérêt au malade : wali, président d'assemblée populaire communale, commissaire de police, responsable de gendarmerie ou leurs représentants dûment mandatés.

La personne qui aura présenté le malade est tenue de fournir tous renseignements utiles pendant les phases médicales et administratives de son hospitalisation.

Le malade est mis en observation, pour une période qui ne peut excéder 15 jours, dans un service psychiatrique, par le médecin psychiatre de l'établissement, qui doit dans ce cas, délivrer un bulletin d'admission pour mise en observation.

Le médecin psychiatre de l'établissement peut décider de la sortie du malade, avant l'expiration du délai de 15 jours, s'il estime que l'état du malade le permet.

A l'expiration du délai de 15 jours, le médecin psychiatre de l'établissement peut soit décider de la sortie du malade, ou de la différer pour une période d'observation et de traitement complémentaires de deux mois au maximum.

La mise en observation du malade peut être transformée à tout moment en hospitalisation du fait d'un tiers, sur proposition du médecin psychiatre de l'établissement et après accord de la famille du malade.

L'accord de la famille du malade, matérialisé par une demande écrite, sera transcrit sur le registre prévu à l'article 182 de la présente loi.

Un exemplaire de cette demande, signé et revêtu de l'accord du médecin psychiatre de l'établissement, sera déposé à la direction de l'établissement, à l'effet d'y être conservé et présenté à toute réquisition des autorités compétentes.

Dans le cas où le malade, n'ayant pas de famille, serait majeur et civilement capable, il peut lui-même établir la demande d'hospitalisation le concernant. Dans le cas où le malade est

civilement incapable, le curateur désigné dans les formes prévues aux articles 157 ou 158 de la présente loi, remplira la demande.

La mesure d'hospitalisation est prise pour une durée déterminée par l'état de santé du malade.

La sortie d'un malade se fera soit :

- ✓ sur l'initiative du médecin psychiatre de l'établissement,
- ✓ à la demande du malade majeur et civilement responsable,
- ✓ à la demande de la personne qui a demandé l'hospitalisation du fait d'un tiers.

1.4.3 L'hospitalisation d'office (ho)

Lorsqu'un danger estimé imminent est encouru, du fait d'un malade mental, par autrui ou par le malade lui-même, le wali ou le président de l'assemblée populaire communale peut prendre, à l'égard de ce dernier, une mesure d'examen psychiatrique d'office. La demande d'examen psychiatrique d'office est accompagnée obligatoirement d'un certificat médical établi par tout médecin, attestant des troubles mentaux présentés par le malade, le danger qu'il représente et de la nécessité de son examen d'office dans un hôpital ou service psychiatrique.

La décision d'hospitalisation d'office est prise par arrêté du wali, sur requête motivée du médecin, lorsque l'état du malade est susceptible d'entraîner un risque vital pour lui ou un danger pour l'ordre public ou pour la sécurité des personnes. Si le wali estime, après expertise médicale, injustifiée la requête d'hospitalisation d'office, il en informe le médecin psychiatre et saisit obligatoirement la commission de santé mentale qui décide de la situation du malade.

La décision d'hospitalisation d'office est prise pour six mois, au maximum selon les cas prévus à l'article précédent et peut faire l'objet de plusieurs renouvellements, par arrêté du wali.

La sortie des malades hospitalisés d'office s'effectue dans les conditions suivantes : Lorsque le médecin psychiatre de l'établissement estime opportune la sortie d'un malade hospitalisé d'office, il adresse au wali, avant l'échéance du dernier arrêté, une requête motivée de levée d'hospitalisation d'office.

En cas d'accord du wali, le médecin psychiatre procède immédiatement à la sortie du malade en établissant un bulletin de sortie.

-Dans le cas d'un avis défavorable du wali, le médecin psychiatre de l'établissement ne pourra autoriser la sortie du malade, hospitalisé d'office, qu'à l'échéance de la dernière période couverte par l'arrêté du wali.

Le wali et le médecin psychiatre de l'établissement conservent toutefois la possibilité d'exercer séparément, un recours auprès de la commission de santé mentale de wilaya, laquelle doit statuer dans les deux (2) mois à compter de sa saisine et après une double expertise.

1.4.4 L'hospitalisation judiciaire :

Les personnes poursuivies pénalement et qui font l'objet d'une mesure d'internement judiciaire, en application des dispositions de l'article 21 du code pénal, sont hospitalisées dans un service médico-légal de psychiatrie. La durée de l'hospitalisation est indéterminée, mais la sortie du malade peut être autorisée judiciairement à la demande du médecin psychiatre, du malade ou de l'un des membres de sa famille.

La sortie des malades visés à l'article précédent relève de la compétence de la chambre d'accusation de la cour du lieu d'hospitalisation.

Le médecin psychiatre, le malade ou l'un des membres de sa famille, peuvent saisir directement ou par l'intermédiaire d'un représentant, le président de la chambre d'accusation de la cour, en vue de la levée de l'hospitalisation.

Le président de la chambre d'accusation désigne un rapporteur pour instruire le dossier notamment, pour requérir l'avis obligatoire de la commission de santé mentale de wilaya et demander à la juridiction qui a connu de l'affaire les éléments du dossier pénal. Il peut entendre toute personne susceptible d'éclairer la juridiction.

Lorsque l'instruction du dossier est terminée, le rapporteur dresse un rapport qui doit relever tous les éléments du dossier et doit conclure si la levée de l'hospitalisation n'est pas de nature à constituer un danger pour le malade et pour les tiers.

Le président de la chambre d'accusation fixe la date d'audience et informe les requérants ou leurs représentants, lesquels pourront faire à l'audience des observations orales.

L'audience se déroule à huis clos et la décision est, après délibération, prononcée en audience publique. La décision de la chambre d'accusation n'est susceptible d'aucune voie de recours.

Aucune demande nouvelle de levée d'hospitalisation, n'est recevable avant l'expiration d'un délai de six (6) mois à dater du prononcé de la décision de la chambre d'accusation.

1.5 Les centres intermédiaires de santé mentale(CISM) ¹:

Le centre intermédiaire de sante mentale est la solution adoptée sous différentes dénominations à travers de nombreux pays relevant de différents niveaux de richesse et suggérée par l’OMS.

Les CISM est le regroupement de tous les soins et les actes de prévention en sante mentale classiquement réalisés en hôpital psychiatrique : urgence, diagnostic, traitement psychothérapique et réhabilitation, réalisable en milieu ambulatoire proche de l’usager souple à gérer et offre de soins variés et adaptés aux besoins de la population desservie.

✓ Les objectifs de mise en place des CISM :

- Réduire les rechutes chez les malades mentaux du secteur desservi.
- Réduire les besoins de contact des malades mentaux avec les hôpitaux psychiatriques du secteur desservi.
- Augmenter le nombre, la diversité et la qualité des prestations en soins de sante mentale.

✓ Missions et fonctionnement du centre intermédiaires de santé mentale :

- Le CISM joue un rôle d’intermédiaire entre la famille et les institutions.
- Le CISM fonctionne comme un maillon fondamental du réseau de sante mentale qui peut être apte à évoluer dans le temps et s’enrichir au fur et à mesure des nouvelles acquisitions matérielles, humaines et organisationnelles.
- Le CISM s’intègre dans un réseau de soins. Il peut être un relais entre les différentes structures de soins comme les unités de dépistage et de suivi en sante scolaire, le secteur sanitaire, L’Hôpital psychiatrique, les associations qui ont pour vocation une activité de sante mentale, des cabinets des médecins privés généralistes ou psychiatres, les familles des patients et les institutions publiques comme les collectivités locales.

En fonction de ressources humaines et moyens matériels, sont organisées dans les CISM des activités de soins et de prévention comme suit :

- Prise en charge des malades mentaux sortant d’hôpital en postcure.
- Délivrance de médicaments y compris à domicile (neuroleptiques à action prolongée pour les malades psychotiques chroniques refusant le traitement par voie orale).
- Séances de réhabilitations.

¹ Snapsy.dz.org medias

- Accueil et soins des toxicomanes.
- Accueil et soins de victimes de violences.
- Accueil et prise en charge et orientation des personnes suicidaires.
- Accueil et soins des enfants ayants des troubles de sante mentale.
- Dynamisation des compagnes de lutte contre la toxicomanie, le suicide, la violence.
- Orientation et conseil des usagers en matière de sante mentale (enfant, adolescent et adulte).
- Occupation à temps partiel dans les ateliers occupationnels de jour, d'éducation et d'apprentissage.

Sur le plan de l'organisation et prise en charge des soins mentaux, le programme national de santé mentale en Algérie a recommandé la création des CISM en application de l'instruction ministérielle numéro 13 du 24 septembre 2001 relative au renforcement et la décentralisation des soins de santé mentale en encourageant la proximité de ces structures avec le malade, huit (8) CISM ont été créés à travers le territoire de la wilaya de tizi ousou.

Ces centres sont intégrés dans les Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP) des communes suivantes : larbaa nath irathen (LNI), ouacifs, iferhounen, azeffoun, boughni, draa ben kheda(DBK), azazga, ouaguenoun.

Sous la contrainte du manque de locaux dans ces EPSP, les CISM ne disposent généralement que d'un seul bureau de consultation et d'une salle d'attente qui est commune à tous les malades fréquentant ces structures. Ainsi la prise en charge des malades mentaux au sein de ces centres est assurée par des psychiatres, des psychologues et orthophonistes.

Depuis 2001, le réseau extrahospitalier en santé mentale à l'EHS fernane hanafi est organisé en centres intermédiaires de santé mentale, il y a 10 dans la wilaya de Béjaïa, 04 dans la wilaya de Bouira, 08 dans la santé mentale de Tizi-Ouzou et 01 dans la wilaya de Boumerdes représentant un total de 23 centres intermédiaires de santé mentale(CISM).

Section 02 : Aperçu général de l'Etablissement Hospitalier Fernan El Hannafi Oued Aissi T.O

Afin de bien présenter cet établissement qui est l'Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS) Oued-Aissi de Tizi-Ouzou, il est utile de connaître son évolution historique et les différents éléments de son organisation.

2.1 Historique :

L'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie « FERNANE HANAFI » d'Oued-Aissi est un projet inscrit dans le cadre du programme spécial de la wilaya de la grande –Kabylie dans les années 60, suite à la constatation d'une forte prévalence des malades mentaux.

L'établissement intitulé alors, cité psychiatrique est réalisé dans le cadre du plan pilote d'assistance psychiatrique et d'hygiène mentale de la wilaya de Tizi-Ouzou. Créé par arrêté ministériel de santé en date de 08/05/1972, il est régi par les dispositions du décret 81-234 du 05/03/1981, portant création et organisation des établissements hospitaliers spécialisés complété par le décret 97-465 du 02/12/1997. Les différents modes d'hospitalisations ont été définis en 1976, ce qui a permis à l'institution de décentraliser les urgences psychiatriques à l'actuel CHU de Tizi-Ouzou. Cette loi a été modifiée en 1985, loi moins complexe et plus adaptée aux moyens dont dispose le pays. En 1995, un arrêté ministériel a défini cinq (5) services dont 4 services ouverts de 75 lits par service et un service fermé de 30 lits qui n'a pu être organisé qu'en 1998. En 2004, il a été réduit en un seul service contenant 5 unités dont 4 unités ouvertes et une unité fermée. En 2007, il a été redéfini en 2 services, l'un contenant 4 unités ouvertes, une unité fermée et une unité urgence et consultation et l'autre service contenant une unité juvénile et une unité infantile.

Le mois de juin 2013, une nouvelle unité pédopsychiatrie a été inaugurée avec une hospitalisation de jour et l'ancienne pédopsychiatrie a été transformée en bureau d'archives. Une autre unité d'addictologie récemment mis en service qui prend en charge les personnes addictives.

2.2 Statu juridique et cadre géographique de l'EHS :

2.2.1 Statu juridique :

L'EHS est défini par la loi de promotion et de la santé comme un établissement public à caractère administratif ayant la charge d'une maladie particulière, un appareil ou un système constitué de plusieurs services et parfois un groupe d'âge.

Dans le cas de l'EHS « FERNANE Hanafi », il est défini comme un établissement spécialisé en psychiatrie de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant.

L'EHS est un établissement public de santé, autonome sur le plan administratif et financier.

Les grandes orientations de l'Etablissement sont définies par son conseil d'Administration où siègent des représentants du personnel médical, paramédical et des usagers.

La conduite générale de la gestion est assurée par un directeur.

Le conseil d'administration et la direction s'entourent également d'avis du conseil médical de l'établissement composé aussi de représentant du corps médical qui élabore le projet médical et émet des avis sur le fonctionnement des services.

2.2.2 Cadre géographique¹ :

Implanté sur le territoire de la commune d'Irdjen, daïra de Larbaâ Nath Irathen, en zone rurale, avec une superficie d'environ 14 ha, cet hôpital a été mis en service en juillet 1972. «L'Etablissement hospitalier spécialisé en psychiatrie Fernane Hanafi est à vocation régionale. Il a pour mission la prise en charge des populations des wilayas de Tizi Ouzou, Bouira Béjaïa et Boumerdès, totalisant une population de 3 537 850 âmes, selon le RGPH.

2.3 Service d'hospitalisation de l'EHS :

Il existe différents modes d'hospitalisation prévus par la loi numéro 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé :

- ✓ l'hospitalisation en service ouvert :

Selon l'article 105 : (l'hospitalisation est la sortie d'un malade en service ouvert de psychiatrie, n'est soumise à aucune réglementation particulière. L'hospitalisation en service ouvert est faite suite à l'établissement par le médecin psychiatre du service d'un billet d'admission rédigé selon les règles d'admission en usage dans ce domaine).

- ✓ L'hospitalisation d'office :

La population de Tizi ouzou est prise en charge par le service de psychiatrie du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) Nedir Mohamed et ce mode de prise en charge n'est pas prévu par l'établissement Oued aissi.

¹ Elwatan.com

Les placements administratifs : selon l'article 116 (le malade peut être placé en observation sous le régime du placement volontaire, sur proposition d'un médecin psychiatre de placement volontaire). L'établissement ouid aissi a la mission de prendre en charge les populations des wilayas de TIZI OUZOU, BOUIRA, BEJAIA et BOUMERDES.

✓ L'hospitalisation judiciaire :

Les personnes poursuivies pénalement et qui font l'objet d'une mesure d'internement judiciaire, en application des dispositions de l'article 21 du code pénal, sont hospitalisées dans un service médico-légal de psychiatrie.

La durée de l'hospitalisation est indéterminée mais la sortie du malade peut être autorisée judiciairement à la demande du médecin psychiatre du malade ou l'un des membres de famille. Les membres peuvent saisir le président de la chambre d'accusation de la cour, en vue de la levée de l'hospitalisation. La population de Tizi Ouzou en prise en charge par le service de psychiatrie du CHU Frantz Fanon.

2.4 Environnement sanitaire de l'EHS :

✓ **Les structures sanitaires :**

La wilaya de Tizi –Ouzou est divisée en 08 secteurs sanitaires (Tizi-Ouzou, Boghni, Draa el mizane, Tigzirt, Larbaa Nath Irathen, Ain El Hammam, Azeffoun, Azazga), elle possède également dans le chef lieu un CHU dans lequel un service de psychiatrie d'une capacité de 40 lits techniques est prévu mais il n'ya que 08 lits qui sont organisés, et récemment ils ont inauguré un EHS à Draa Ben Khedda.

La wilaya de Béjaia est divisée en 05 secteurs sanitaires (Béjaia, Kherrata, Amizour, Akbou, Sidi aich), un service de psychiatrie est organisé au secteur sanitaire du chef lieu.

La wilaya de Bouira est divisée en 05 secteurs sanitaires (Bouira, M'chedellah, Sour elghozlane, Lakhdaria, Ain bessam), un projet d'un EHS en psychiatrie en cours a Sour el ghozlane , qui n'a pas été encore inauguré.

La wilaya de Boumerdes est divisée en 03 secteurs sanitaires (Thenia, Bordj menaïel, dellys).

2.5 Les ressources humaines de l'EHS Oued Aissi :

Tableau N°3 : Les ressources humaines de l'EHS Oued Aissi

Qualifications	Nombre
Personnels administratif dirigeant	2
Personnels administratif exécutant	30
Maitre-assistant	1 détaché
Médecin spécialiste	12
Médecin résident	8 détachés
Médecin généraliste	06
Dentiste	03
Psychologue	04
Assistante sociale	01
Orthophonistes	05
Cliniciens	02
Ingénieur en informatique	01
Technicien supérieure en informatique	03
Technicien en informatique	01
Infirmier diplômé de l'état	106
Infirmier breveté	19
Aide soignants	09
Agents de service	184
Chauffeurs	12

Source : Document internet de l'EHS Oued Aissi T.O

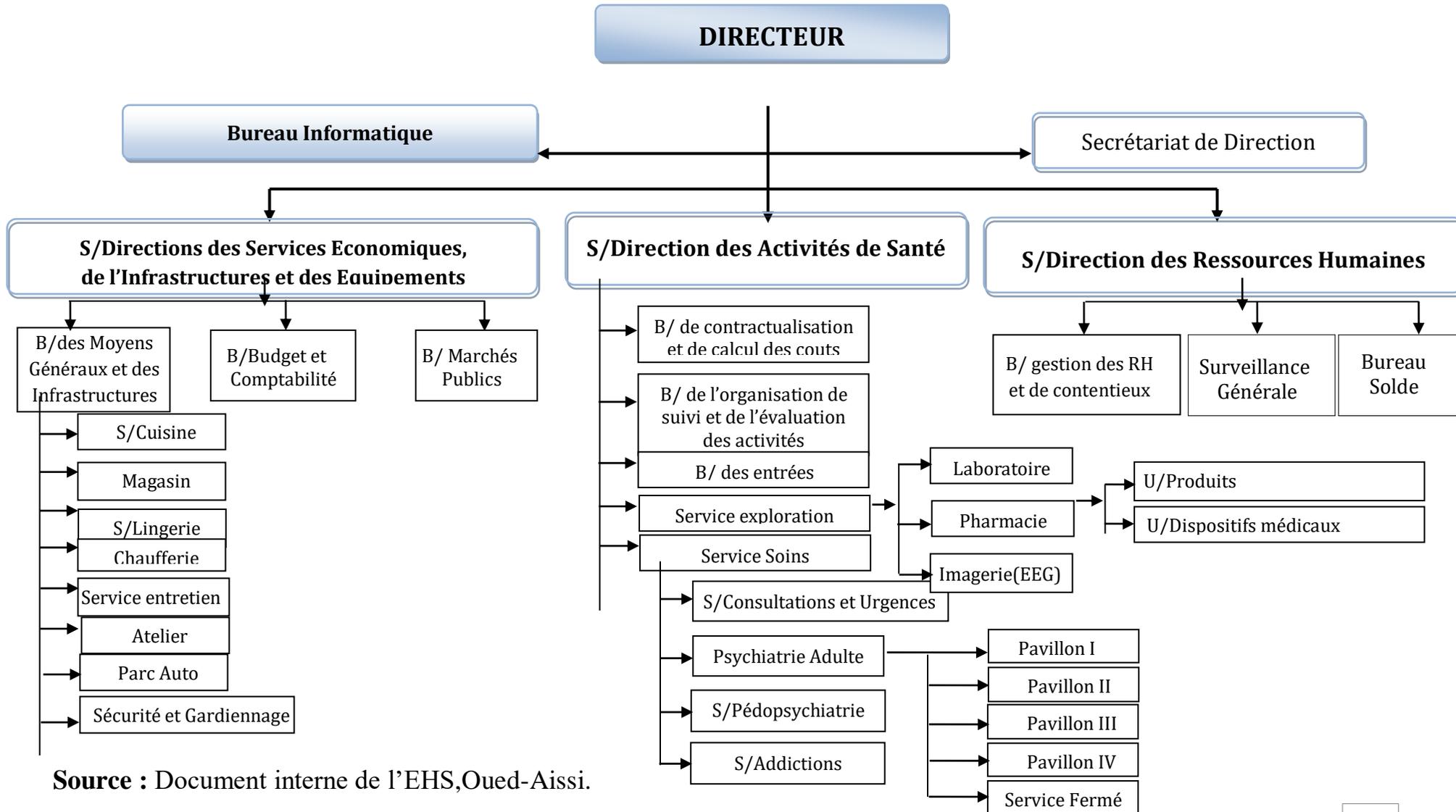
Section03 : La structure organisationnelle de l'EHS FERNANE Hanafi

3.1 Organigramme Général de l'EHS en Psychiatrie « FERNANE HANAFI », Oued-Aissi :

L'organisation de l'EHS Oued Aissi (Tizi-Ouzou) est présentée dans l'organigramme suivant :

Section 03 : La structure organisationnelle de l'EHS FERNANE Hanafi

3.1 Organigramme Général de l'EHS en Psychiatrie « FERNANE HANAFI », Oued-Aissi :



Source : Document interne de l'EHS,Oued-Aissi.

L'efficacité d'un établissement est fonction d'une bonne structure de ses activités. Pour ce faire la nécessité est de définir et de mettre en place une organisation judicieuse et un organigramme pouvant garantir cette efficacité.

L'EHS Oued Aissi (Tizi-Ouzou) est composé d'une direction et de trois sous-directions subdivisée chacune en bureaux.

3.1.1 La direction :

Elle est administrée par un directeur qui est nommé par un décret présidentiel, assisté par une directrice des ressources humaines(DRH). Il est le premier responsable de l'établissement. A ce titre, il exerce diverses fonctions d'intérêt national et d'intérêt pour l'établissement

Des bureaux et services sont rattachés à la direction :

3.1.1.1 Secrétariat de direction :

Ses différentes tâches sont :

- ✓ Enregistrement du courrier arrivé et celui du courrier départ.
- ✓ Assure les correspondances à caractère administratif relevant du service.
- ✓ Prise en charge des dossiers des candidatures pour les postes vacants de concours externes.
- ✓ Classement du courrier.

3.1.1.2 Bureau informatique :

Ce bureau est chargé de :

- ✓ La gestion du parc informatique.
- ✓ L'administration des systèmes informatiques.

3.1.1.3 La sous-direction des services économiques, de l'infrastructure et des équipements :

Elle est gérée par l'économe chargé de la gestion des bureaux suivants :

- ✓ **Bureau des moyens généraux et des infrastructures :** Il comprend :
 - a- Cuisine.
 - b- Magasin alimentaire.

- c- Parc -Auto.
- d- Sécurité et gardiennage.
- e- L'entretien.
- f- Chaufferie.
- g- Lingerie.

Les différentes tâches de ce bureau sont:

- Gestion des mouvements des stocks (entrées et sorties).
 - Délivrance des bons de sorties du magasin.
 - La tenue du registre d'inventaire.
 - La tenue des fiches de stocks parallèles à celles du magasin.
 - Recollement de l'inventaire annuel.
 - Délivrance des bons de route pour une mission dans la wilaya.
- ✓ **Bureau budget et comptabilité** : Chargé des opérations comptables, la facturation et le mandatement.
 - ✓ **Bureau marchés publics** : Chargé de l'acquisition des équipements et les différents consommables pour le fonctionnement des différents services et la fourniture des produits d'entretien et d'hygiène de l'établissement, comme il assure les différentes tâches suivantes :
 - Approvisionnement en général pour l'établissement.
 - Délivrance des bons de commande.
 - Correspondance avec les fournisseurs.
 - Démarche au prés des fournisseurs.

3.1.1.4 La sous-direction des activités de santé : Cette structure est gérée par un sous-directeur des services de santé, elle est composée de :

- ✓ **Bureau de contractualisation et de calcul des coûts** : Il est chargé du calcul des coûts des malades mensuels, trimestriels et annuels.
- ✓ **Bureau des entrées** : Il est chargé de :
 - Remplir le dossier du malade (son état civil) lors de son entrée au service.

- Faire sortir le malade dans le logiciel patient ainsi que dans les registres après avoir reçue son billet de sortie par le service concerné.
- Délivrer un certificat de séjour justifiant sa durée de séjour a l'hôpital.
- Faire des statistiques mensuelle, trimestrielle et annuelle concernant le nombre de journée d'hospitalisation, le nombre de décès, le nombre d'entrants et le nombre de sortants.
- Faire le mouvement des malades, après l'avoir reçu de chaque pavillon, en mentionnant le nombre de malades existants et s'il existe des malades qui suivent un régime, il doivent les mentionner, car une copie de ce mouvement reste dans le bureau des entrées et l'autre envoyée à la cuisine.
 - ✓ **Service exploration** : C'est un plateau technique, il est crée pour renforcé les pavillons (unités) composé de :
 - Un centre d'imagerie (EEG) et (ECG) : Qui concerne la radio du cœur et celle de la tête.
 - La Pharmacie: qui assure l'approvisionnement en produits pharmaceutique et les dispositifs médicaux, elle comprend : Unité de produits pharmaceutiques ; Unité de dispositifs médicaux
 - Cabinet dentaire.
 - ✓ **Service soins** : Il comprend :
 - ✓ **Pédopsychiatrie** : qui possède un centre d'accueil des consultations externes des enfants et des adolescents, récemment inauguré, ils accueillent des enfants malades pour l'hospitalisation de jour.
 - ✓ **Service de consultations et urgences.**
 - ✓ **Psychiatrie adulte** : qui concerne l'hospitalisation des adultes, Il est composé de quatre(4) pavillons. Chaque pavillon est une unité d'hospitalisation dite de cure libre d'une capacité de soixante quinze(75) lits, un cinquième pavillon qui est le service fermé d'une capacité de 30lits, il est conçue pour l'hospitalisation d'office qui est relevée d'une décision administrative. On peut partager chaque unité en trois grands compartiments : l'espace vie (le dortoir, ou se trouve les chambres des malades), l'espace restauration et détente et en dernier l'espace bureau (la où se trouve les bureaux du personnel médical et paramédical).

Ces pavillons sont :

- Pavillon femme I
 - Pavillons II, III, IV : Qui accueille les hommes ;
 - Service fermé : Cette unité est partagée en deux parties, l'une de 20 lits pour les hommes et l'autre de 10 lits pour les femmes.
- ✓ **Centre d'addictologie¹** : nouvellement mis en service qui prend en charge les personnes addictives.

Il accueille des patients dépendants à l'alcool, drogues, médicaments dans une démarche d'abstinence au(x) produit (s) pouvant présenter des troubles psychiques (dépression, troubles de personnalité...) relevant d'une double prise en charge : addictologique et psychiatrique.

3.1.1.5 La sous-direction des ressources humaine :

Elle a comme attributions de gérer la carrière des fonctionnaires de l'EHS ses principales tâches sont :

- Gérer le personnel de l'EHS, conformément à la réglementation en vigueur.
- Veiller à la mise en place des moyens humains indispensables au fonctionnement des services.
- Prise en charge de la formation des personnels.
- Notation des personnels (échelons et catégories).
- Recrutements.
- La rémunération.
- Connaître, suivre et régler le contentieux général.

¹ Clinique du parc-95.com

Conclusion :

L'établissement hospitalier spécialisé (EHS) en psychiatrie Fernane Hanafi de Oued Aissi revêt un caractère régional puisqu'il assure la couverture médicale au profit d'une population provenant de quatre wilayas, à savoir Tizi-Ouzou, Boumerdes, Bouira et Bejaïa.

En dépit de l'organisation sectoriel de la prise en charge de cette maladie, des centres les centres intermédiaires, l'activité de l'EHS reste conséquente et l'afflux vers cet établissement est de taille.

L'organisation de la prise en charge de la demande en soins en psychiatrie reste centrée sur l'EHS ce qui nous interpelle pour étudier la composition de la demande en soins et les divers facteurs mis en cause en raison de la diversité des régions concertes par cet établissement, ce qui fera l'objet du 3ème chapitre.

Chapitre 03 : Analyse des facteurs déclencheurs de la dépression chez les jeunes : données de l'EHS Oued Aissi TO

Introduction

L'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie de Oued Aissi à Tizi-Ouzou reçoit du fait de la sectorisation du secteur de la santé les patients en consultation psychiatrique de quatre régions que sont Béjaïa, Bouira, Boumerdes et Tizi-Ouzou. Dans ce chapitre nous allons tenter d'identifier les facteurs responsable de la dépression chez les jeunes de 18 à 25 ans en nous basant sur les données que nous allons collecter auprès de l'établissement de santé.

notre étude se limitera aux données relatives aux consultations auprès de l'établissement pour l'année 2020 et quelques indisponibilités entraveront notre travail pour tirer des conclusions plus précises.

Section 01 : Présentation de l'étude

Au démarrage de notre travail de recherche nous avons voulu travailler sur l'évolution du phénomène de la dépression chez les jeunes de 16 à 25 ans afin d'en identifier les facteurs déclencheurs, mais l'importance du travail de collecte d'informations et surtout d'accès à l'information s'est avérée plus que conséquente. En raison de l'importance des sources d'information et des délais accordés pour la réalisation de ce travail nous avons, avec l'accord de notre encadreur, restreint le travail à la tranche d'âge de 18 à 25 ans pour l'année 2020.

Les consultations spécialisée en psychiatrie, pour l'année 2020, à l' EHS Oued Aissi sont au nombre de 1713, nous avons recensé les cas de consultation des personnes âgées de 18 à 25 ans, objet de notre étude , et nous avons voulu accéder aux informations relatives à cette population et procéder à l'analyse de ces dernière selon trois critères que sont l'âge compris entre 18 et 25 ans , le lieu de résidence puisque l'EHS accueille les patients de quatre wilayate à savoir Tizi-Ouzou, Boumerdes, Béjaïa et Bouira ; et le dernier critère le niveau d'étude ou d'instruction. En effet pour les besoins de l'étude, nous avons eu recours à la normalisation des deux critères que sont le lieu de résidence pour nous ramener à la wilaya et le niveau d'étude pour nous ramener au palier d'étude.

Choix de l'échantillon

Notre choix pour l'échantillon s'est arrêté aux jeunes de 18 à 25 ans pour des raisons de commodités de travail et de disponibilité d'information. Nous avons eu à sectionner

Chapitre 03 : Analyse des facteurs déclencheurs de la dépression chez les jeunes : données de l'EHS Oued Aissi TO

l'ensemble de cet échantillon sur la base des registres de l'établissement ce qui s'est avéré assez lent comme accès à l'information.

Section 02 : Présentation des résultats de la collecte d'information

Nous avons procédé à la collecte des informations relatives à l'âge et au lieu de résidence au niveau du bureau des entrées de l'EHS Oued Aissi. Pour l'information sur le niveau d'études des patients il a fallu nous référer aux dossiers des patients disponibles au niveau des archives ce qui nous a demandé beaucoup de temps pour relever cette information. Il nous a été donné de recenser 84 cas de consultation pour la tranche d'âge objet de notre recherche dont 15 hospitalisations pour lesquelles nous n'avons pas eu l'information sur leur niveau d'étude en raison de l'indisponibilité du dossier au niveau des archives.

Comme le montre, ci-après, le tableau récapitulatif des données collectées à l'EHS de Oued Aissi classées selon la date de naissance, le lieu de résidence et le niveau d'études.

Tableau n° 4: consultation à l'EHS Oued Aissi pour les jeunes de 18 à 25 ans en 2020

Date de naissance	Lieu de résidence	Niveau d'études
1 1995	BEJAIA	hospitalisé I ND*
2 1996	TIZI_OUZOU	BAC
3 1998	TIZI_OUZOU	CEM
4 1997	TIZI_OUZOU	PRIMAIRE
5 1997	TIZI_OUZOU	CEM
6 1999	ALGER	hospitalisé I ND*
7 1995	TIZI_OUZOU	hospitalisé I ND*
8 1997	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
9 1999	BOUMERDES	CEM
10 1998	TIZI_OUZOU	CEM
11 1999	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
12 1996	TIZI_OUZOU	LYCEE
13 1997	TIZI_OUZOU	hospitalisé I ND*

Chapitre 03 : Analyse des facteurs déclencheurs de la dépression chez les jeunes : données de l'EHS Oued Aissi TO

14	1995	TIZI_OUZOU	CEM
15	1996	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
16	1997	BOUMERDES	PRIMAIRE
17	1999	TIZI_OUZOU	hospitalisé I ND*
18	1995	BOUIRA	SANS_PROFESSION
19	2000	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
20	1996	TIZI_OUZOU	hospitalisé I ND*
21	1998	TIZI_OUZOU	hospitalisé I ND*
22	1999	BOUMERDES	ETUDIANT
23	1996	BOUMERDES	BAC
24	2000	BOUMERDES	CEM
25	1998	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
26	2001	TIZI_OUZOU	PRIMAIRE
27	1996	TIZI_OUZOU	SANS_PROFESSION
28	1999	BOUMERDES	BAC
29	1997	BOUMERDES	hospitalisé I ND*
30	1996	TIZI_OUZOU	CEM
31	1996	BEJAIA	ETUDIANT
32	1997	TIZI_OUZOU	hospitalisé I ND*
33	1996	TIZI_OUZOU	SANS_PROFESSION
34	1997	BOUMERDES	PRIMAIRE
35	1996	TIZI_OUZOU	hospitalisé I ND*
36	1996	TIZI_OUZOU	SANS_PROFESSION
37	1997	BOUMERDES	PRIMAIRE
38	1995	TIZI_OUZOU	CEM
39	1995	BOUMERDES	hospitalisé I ND*
40	1998	TIZI_OUZOU	CEM
41	1997	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
42	1997	TIZI_OUZOU	CEM
43	1996	BEJAIA	ETUDIANT

Chapitre 03 : Analyse des facteurs déclencheurs de la dépression chez les jeunes : données de l'EHS Oued Aissi TO

44	1998	BOUMERDES	BAC
45	1998	BOUMERDES	CEM
46	1999	TIZI_OUZOU	PRIMAIRE
47	1999	BOUMERDES	hospitalisé I ND*
48	1998	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
49	1995	BEJAIA	SANS_PROFESSION
50	1999	TIZI_OUZOU	PRIMAIRE
51	2000	BEJAIA	BAC
52	2000	TIZI_OUZOU	CEM
53	1998	BEJAIA	hospitalisé I ND*
54	1997	BOUMERDES	ETUDIANT
55	1996	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
56	1996	TIZI_OUZOU	hospitalisé I ND*
57	1995	BEJAIA	SANS_PROFESSION
58	1999	BOUMERDES	PRIMAIRE
59	2000	BOUMERDES	CEM
60	1996	BOUMERDES	CEM
61	1997	TIZI_OUZOU	LYCEE
62	2002	TIZI_OUZOU	PRIMAIRE
63	1996	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
64	1995	TIZI_OUZOU	LYCEE
65	1995	TIZI_OUZOU	hospitalisé I ND*
66	1995	TIZI_OUZOU	PRIMAIRE
67	1997	BOUMERDES	PRIMAIRE
68	1998	BOUMERDES	ETUDIANT
69	1997	BOUIRA	CEM
70	1996	TIZI_OUZOU	SANS_PROFESSION
71	2001	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
72	1996	BOUMERDES	PRIMAIRE
73	1998	BOUIRA	CEM

Chapitre 03 : Analyse des facteurs déclencheurs de la dépression chez les jeunes : données de l'EHS Oued Aissi TO

74	1996	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
75	2002	TIZI_OUZOU	LYCEE
76	1996	BOUMERDES	ETUDIANT
77	2000	BEJAIA	ETUDIANT
78	1996	BOUMERDES	SANS_PROFESSION
79	1998	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
80	1999	TIZI_OUZOU	SANS_PROFESSION
81	1996	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
82	1995	TIZI_OUZOU	ETUDIANT
83	1999	BOUMERDES	PRIMAIRE
84	1999	BOUMERDES	BAC

Source : Elaborer par nos soins

2.1 Analyse uni critère des résultats

Le traitement des données avec le logiciel R statistique nous a permis de comprendre les différentes répartitions selon les différents critères. Le premier traitement comme le montre le tableau ci-après nous classe les patients selon leur âge et il en ressort que les personnes âgées de 24 ans sont celles qui sont les plus concernées par ces consultations ce qui nous donne plus de 70% des cas sont des personnes âgées de 21 à 25 ans.

Tableau n°5 : répartition des consultations par âge.

AGE	18	19	20	21	22	23	24	25
NOMBRE	2	2	6	13	12	15	22	12

Source : Elaborer par nos soins

Tableau n°6 : fréquence des consultations par âge

age	18	19	20	21	22	23	24	25
%	0.24	0.24	0.07	0.15	0.14	0.17	0.26	0.14

Source : Elaborer par nos soins

Chapitre 03 : Analyse des facteurs déclencheurs de la dépression chez les jeunes : données de l'EHS Oued Aissi TO

Si on considère la région de résidence de ces patients les résultats du traitement des données nous donne la résidence de Tizi-Ouzou en tête du classement avec 48 cas sur 84 cas observés comme le montre le tableau ci-après

Tableau n°7 : répartitions des patients consulté par lieu de résidence

ADRESSE	ALGER	BEJAIA	BOUIRA	BOUMERDES	TIZI OUZOU
NOMBRE	1	8	3	24	48

Source : Elaborer par nos soins

Le tableau suivant nous indique le pourcentage du classement des patients selon leur lieu de résidence ce qui nous confirme notre observation pour la région de Tizi-Zou avec 57 % des observations, vient après elle la région de Boumerdes avec 28% ce qui constitue 85% des observations sont de résident à T.O et Boumerdes.

Tableau n° 8 : fréquence des patients consultés par lieu de résidence

Adresse	Alger	Bejaia	Bouira	Boumerdes	Tizi ouzou
%	0.01	0.09	0.03	0.28	0.57

Source : Elaborer par nos soins

Le classement selon le 3^{ème} critère qui est le niveau d'étude, le traitement des données nous révèle que le niveau étudiant est classé en premier, comme le tableau suivant, avec 21 cas, les cas de niveau d'instruction du CEM vient juste après avec 16 cas et les cas hospitalisés pour lesquels cette information n'est pas disponible avec 15 cas.

Tableau n°9 : répartition des patients consultés par niveau d'étude

NIVEAU DETUDE	BA C	CE M	ETUDIEN T	INFO NON DISPONIBL E	LYCE E	PRIMAIR E	SANS PROFESSIO N
NOMBR E	6	16	21	15	4	13	9

Source : Elaborer par nos soins

Chapitre 03 : Analyse des facteurs déclencheurs de la dépression chez les jeunes : données de l'EHS Oued Aissi TO

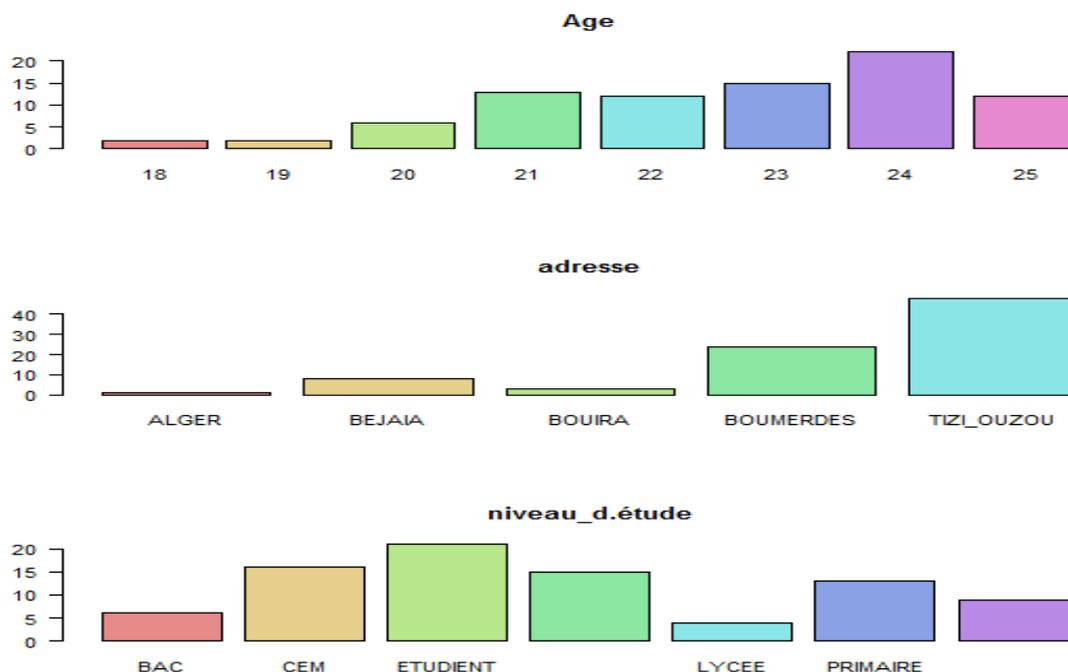
Ainsi et comme les montres le tableau ci-après 25% des cas ont un niveau d'instruction universitaire et 19% ont un niveau d'instruction entre première année moyen et 4 années moyennes.

Tableau n°10 : fréquence des patients consultés par niveau d'étude

Niveau d'étude	Bac	cem	étudiant	Info disponible	non	lycée	primaire	Sans profession
	0.07	0.19	0.25	0.18		0.05	0.15	0.11

Source : Elaborer par nos soins

Les figures suivantes sont récapitulatives des classements par âge ; par lieu de résidence et par niveau d'âge.



Ces représentations graphiques font ressortir que suivant l'âge les personnes âgées de 24 ans sont les plus touchées par les consultations, et si on considère leur niveau on trouve que cette

Chapitre 03 : Analyse des facteurs déclencheurs de la dépression chez les jeunes : données de l'EHS Oued Aissi TO

proportion correspond au niveau d'étude universitaire et considérant la région on constate que la région de Tizi-Ouzou est la plus représentée dans ces données.

Section 03 : Analyse des résultats par combinaison des critères

Le classement croisé niveau d'étude et âge nous révèle que 8 patients sur 21 ont un âge de 24 ans et 1 et 05 des sans profession ont un âge de 24 ans. Voir le tableau suivant.

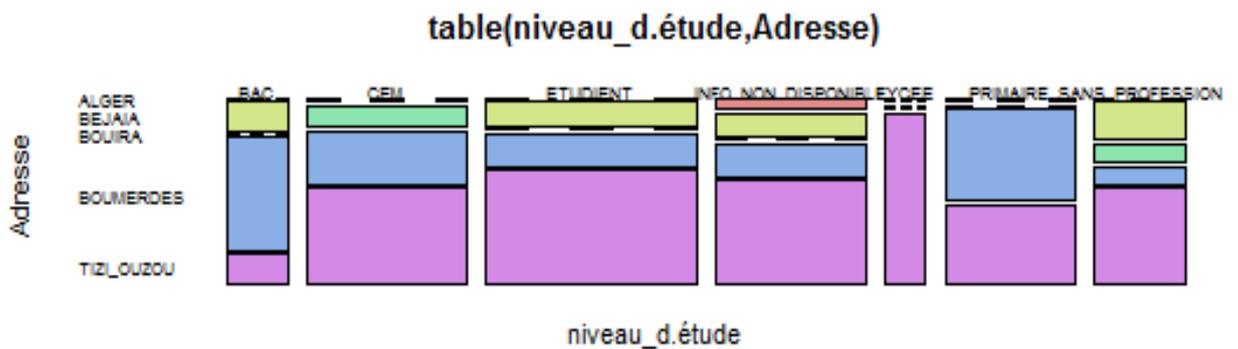
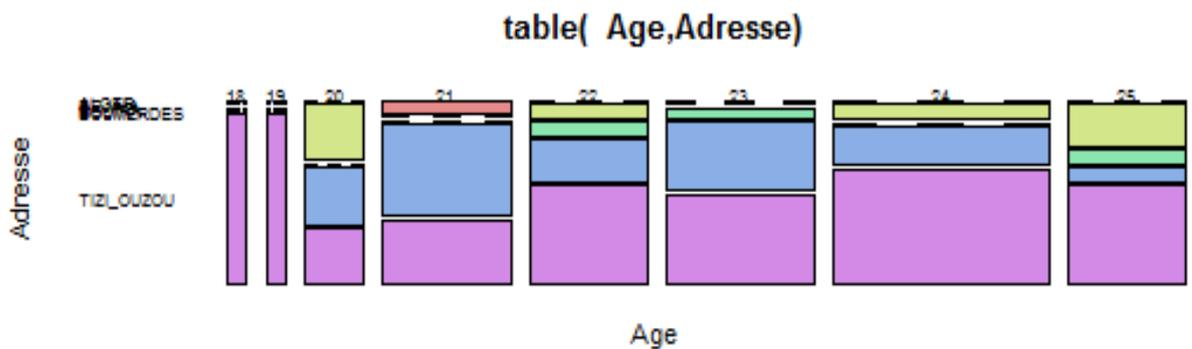
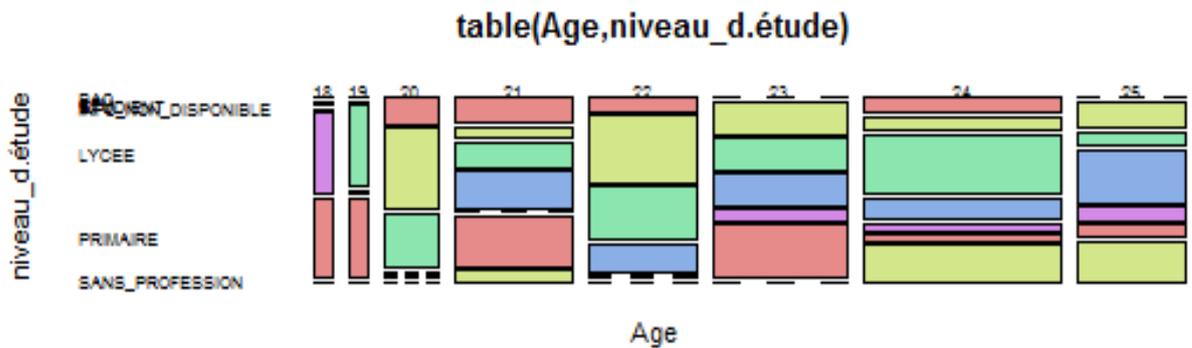
Tableau n°11 : classement des consultations par âge et niveau d'étude

Niv d'étud/ age	19	19	20	21	22	23	24	25
Bac	0	0	1	2	1	0	2	0
CEM	0	0	3	1	5	3	2	2
Etudiant	0	1	2	2	4	3	8	1
IND	0	0	0	3	2	3	3	4
Lycée	1	0	0	0	0	1	1	1
Primaire	1	1	0	4	0	5	1	1
Sans profession	0	0	0	1	0	0	5	3

Source : Elaborer par nos soins

La figure suivante nous montre le résultat de la combinaison des facteurs deux à deux donc âge-lieu de résidence, lieu de résidence niveau d'étude et âge niveau d'étude. De la lecture de cette figure ressort que la tranche d'âge 24 ans est la plus représentative avec un niveau d'étude étudiant puis sans profession sont dominants puis vient après les 23 ans avec un niveau de primaire, puis les 21 ans avec un niveau d'étude primaire et les 22 ans avec un niveau d'étude universitaire.

Chapitre 03 : Analyse des facteurs déclencheurs de la dépression chez les jeunes : données de l'EHS Oued Aissi TO



La troisième table adresse /niveau d'étude nous montre que la catégorie étudiant est la plus dominante et elle réside à Tizi-Ouzou, puis les catégories CEM et sans profession pour la région TO arrive en premier suivie de Boumerdes et de Bouira et Bejaia qui arrive en dernier.

Chapitre 03 : Analyse des facteurs déclencheurs de la dépression chez les jeunes : données de l'EHS Oued Aissi TO

Conclusion

Aux termes de ce chapitre nous pouvons dire que pour l'année 2020 les consultations en psychiatrie à l'EHS de Oued Aissi pour les jeunes de 18 à 25 ans ont représenté 84 cas, dont la dominance est à la tranche d'âge de 24 ans et la dominance de la région de TO comme lieu de résidence des patients.

Conclusion générale

Au terme de ce travail de recherche nous allons dire que l'intérêt porté à ce sujet nous a menés à nous enquérir des raisons qui sont à la base de la dépression chez les jeunes un phénomène que nous observons en évolution de plus en plus forte dans notre société. Il nous a été donné de constater que plusieurs facteurs peuvent être déclencheurs et nous avons été contraint par le temps de nous limiter au niveau d'instruction et de la région. Les résultats obtenus suite à la collecte des données et du traitement des données ont conforté nos soupçons puisque la tranche de 21 ans à 25 ans est la plus touchée avec la catégorie étudiante et sans profession. Quand une source de problème est connue il est plus facile de s'orienter vers les solutions, il est clair que la situation de l'enseignement supérieur est mise en cause ici, de même que la situation de chômage que vivent les étudiants après leur diplômes.

Bibliographie

- **Ouvrage**

1. American Psychiatric Association. Troubles de l'humeur, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Traduction française, Paris, Masson, 1996.
2. Aude cria, troubles psychiques, trouble bipolaires.
3. Besançon. A, 2005.
4. Debray et Nollet, 2001.
5. Debray Q., 2006.
6. Demyttenaere K. Psychopathologie du post partum, editor Depression et psychosomatique, 1997.
7. De Trayer W., dépistage de la dépression en médecine générale, Patient care, 2000.
8. Finly-Jones R. Showing, that life events are a cause of depression-areview. Aust NZJ psychiatry, 1981.
9. Godfryd M., 2002.
10. Hankin Bl, Abramson L Y, Development of gender differences in depression/ description and possible explanations. Ann Med, 1999.
11. Illustrative preventive intervention research programs. Frontiers for preventive, 1994.
12. J.L Pardinielli, 2005, P12
13. Klerman, 1979, Manos.
14. Klerman GL, Welssman MM, Increasing rates of depression, JAMA, 1989.
15. Kleftaras. G, 2004.
16. Leclerc A, Fassin D, Granntyeaen H., Les inégalités sociales de santé. la découverte/inserm ed., Paris, 2000.
17. Michael. B first, Allen Frances, Harold Alan, Pincus-DSM-IV diagnostics différentiels, édition Masson, Paris, 1998.

Bibliographie

18. Mirowsky. J, Ross CE, age and depression, JHealth Soc Behav, 1992.
19. Mulsant B H, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. J clin psychiatry, 1999.
20. Oxman TE, Berkman LF, social support and depressive symptoms in the Elderly, 1992, P135-356-368.
21. Pedinielli. J. Let al, 2005, P77.
22. Pewgner. E, 2000, P89-94.
23. Plateforme Psylux.be
24. Sillamy. N, 2003, P79.
25. Textbook in psychiatric Epidemiology. New York : John Wiley and Sons, 1995.

- **Webographie**

1. www.euro.who.int/2010/10.
2. OMS, trouble mentaux, aide mémoire N°396 avril 2016, [http :
www.who.int/media/centres/factsheets/fs396/fr](http://www.who.int/media/centres/factsheets/fs396/fr).
3. www.la-depression.org
4. www.ladepression.org/comprendre/la-depression.
5. www.inserm.fr/information/santé/dossiers/information/santé/journal-des-femmes/fr/la-maladie-depression
6. [dspace.univ-lemcn.dz/bitstream/112/6094/1/IngArch.BOUQUETTAYA%20SERIR.
pdf](http://dspace.univ-lemcn.dz/bitstream/112/6094/1/IngArch.BOUQUETTAYA%20SERIR.pdf).

Table des matières

Remerciements	
Dédicaces	
Liste des abréviations	
Liste des tableaux	
Sommaire	
Introduction générale	2
Chapitre 1 : La dépression	
Introduction	7
Section 01 : Historique et définition de la dépression	7
1.1 Aperçu historique	7
1.2 Définition de la dépression	8
Section 02 : Les types et les symptômes de la dépression	9
2.1 Type de la dépression	9
2.1.1 Le trouble dépressif	9
2.1.1.1 Le trouble dépressif majeur	9
2.1.1.2 Le trouble dépressif non spécifié	10
2.1.2 Le trouble dysthymique et cyclothymique	10
2.1.2.1 Le trouble dysthymique	10
2.1.2.2 Le trouble cyclothymique	11
2.1.3 Le trouble bipolaire	11
2.1.3.1 Le trouble bipolaire I	11
2.1.3.2 Le trouble bipolaire II	11
2.1.3.3 Le trouble bipolaire non spécifié	12
2.1.4 Le trouble de l'humeur	12
2.1.4.1 Le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale	12
2.1.4.2 Le trouble de l'humeur induit par une substance	12
2.1.4.3 Le trouble de l'humeur non spécifié	12
2.2 Les symptômes de la dépression	13
2.2.1 Symptômes en rapport avec les sentiments et comportementaux.....	14
2.2.2 Symptômes qui sont en rapport avec les attitudes envers soi-même et l'environnement	14
Section 03 : Les facteurs de la dépression	17
3.1 Facteurs endogènes	17
3.1.1 Facteurs génétiques et biologiques	17
3.1.2 Facteurs psychologiques	17
3.1.3 L'âge et la dépression	18
3.1.4 La dépression chez les personnes âgées	19

Table des matières

3.1.5 La dépression chez les jeunes	21
3.1.6 La différence entre les sexes	22
3.1 Facteurs exogènes : facteurs sociaux et environnementaux	23
3.1.1 L'emploi, le statut professionnel	23
3.1.2 Les ressources, le niveau d'instruction	24
3.1.3 Le stress	25
3.1.4 Les relations sociales et statut marital	25
3.1.5 La culture	26
3.1.6 La saisonnalité	26
Section 04 : Conséquences et la prévention de la dépression	27
4.1 Conséquences de la dépression	27
4.1.1 Tentatives de suicide, suicides	27
4.1.2 Influence sur la survie	28
4.1.3 Répercussions familiales, sociales et professionnelles	29
4.2 La prévention de la dépression	30
4.2.1 Traitement et prise en charge de la dépression	31
4.2.1.1 Prévention de la dépression	31
4.2.1.2 Prévention primaire	32
4.2.1.3 Prévention secondaire	33
4.2.2 Traitement	34
Conclusion.....	36
Chapitre 2 : La santé mentale en Algérie	
Introduction	38
Section 01 : La santé mentale en Algérie	38
1.1 Concept théorique du secteur psychiatrique	38
1.2 Sectorisation psychiatrique	38
1.2.1 Définition de la sectorisation psychiatrique	38
1.2.2 La politique de secteur	40
1.3 La sectorisation psychiatrique telle que définie en Algérie	40
1.3.1 La santé mentale en Algérie	41
1.3.2 Les structures psychiatriques dans la région du nord	43
1.4 L'hospitalisation en Algérie	45
1.4.1 L'hospitalisation en service ouvert	45
1.4.2 L'hospitalisation du fait d'un tiers	46
1.4.3 L'hospitalisation d'office (ho)	47
1.4.4 L'hospitalisation judiciaire	48

Table des matières

1.5 Les centres intermédiaires de santé mentale(CISM)	49
Section 2 : Aperçu générale de l'Etablissement Hospitalier Fernan El Hannafi Oued Aissi T.O	50
2.1 Historique	51
2.2 Statu juridique et cadre géographique de l'EHS	51
2.2.1 Statu juridique	51
2.2.2 Cadre géographique	52
2.3 Service d'hospitalisation de l'EHS	52
2.4 Environnement sanitaire de l'EHS	53
2.5 Les ressources humaines de l'EHS Oued Aissi	54
Section03 : La structure organisationnelle de l'EHS FERNANE Hanafi	55
3.1 Organigramme Général de l'EHS en Psychiatrie « FERNANE HANAFI », Oued-Aissi	55
3.1.1 La direction	56
3.1.1.1 Secrétariat de direction	56
3.1.1.2 Bureau informatique	56
3.1.1.3 La sous-direction des services économiques, de l'infrastructure et des équipements	56
3.1.1.4 La sous-direction des activités de santé	57
3.1.1.5 La sous-direction des ressources humaine	59
Conclusion	60
Chapitre 03 : Analyse des facteurs déclencheurs de la dépression chez les jeunes : données de l'EHS Oued Aissi TO	
Introduction	62
Section 01 : Présentation de l'étude	62
Section 02 : Présentation des résultats de la collecte d'information	63
2.1 Analyse uni critère des résultats	66
Section 03 : Analyse des résultats par combinaison des critères	69
Conclusion.....	71
Conclusion générale	73
Bibliographie	
Table des matières	