

*Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales*

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme Master en Psychologie

Option : Psychopathologie et Psychosomatique

Thème

**La dépression chez les insuffisants
rénaux chroniques**

- Etude de 06 cas au niveau du CHU de Bejaia -

Réalisé par :

CHAABNA Lynda

MEDDOUR Farès

Dirigé par :

Dr SAHRAOUI. I.

Promotion : 2017/2018

Remerciements

Avant tout, on remercie dieu le tout puissant, de nous avoir donné le Courage, la puissance et le courage afin d'aboutir à l'accomplissement

De ce travail.

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous voudrions témoigner toute notre reconnaissance.

On voudrait tout d'abord adresser tous nos gratitude à la directrice de ce mémoire, Docteur SAHRAOUI pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont attribué à alimenter notre réflexion.

On tient à remercier vivement les membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont apporté à ce modeste travail, en acceptant de l'examiner et de l'enrichir par leurs propositions, ainsi que tous ceux et celles qui nous ont aidé.

On désire aussi à remercier tous nos enseignants, qui nous ont fourni les outils nécessaires à la réussite de nos études universitaires. On tient à remercier spécialement madame DJEHNINE qui nous a encadrés à l'hôpital. Et on remercie aussi le professeur BOUBECHEUR qui nous a accueillies dans son service ainsi l'équipe soignante et tous les malades du service d'hémodialyse à l'hôpital Franz fanon de Bejaia, qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

*Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à la Directrice de mémoire
Madame : SAHRAOUI INTISAR*

Je la remercie de m'avoir encadré, orienté, aidé et conseillé.

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

*Je remercie mes très chers parents, BOUSSAAD et OUARDIA, qui ont
toujours été là pour moi, « Vous avez tout sacrifié pour vos enfants
n'épargnant ni santé ni efforts. Vous m'avez donné un magnifique
modèle de labeur et de persévérance. Je suis redevable d'une éducation
dont je suis fier ».*

*Je remercie docteur Karim kedadra, et Mohamed hakimî pour leurs
soutiens et leurs aides*

*Je remercie mes frères Elyes et Mohamed Saïd, Rachid, et mes sœurs
Souad et djohra pour leurs Encouragement.*

*Je remercie très spécialement Dahbia, Lydia, Karima, qui ont toujours
été là pour moi. Je tiens à remercier tous les médecins pour leurs
amitiés, leurs soutiens inconditionnels et leurs encouragements.*

*Je remercie infiniment madame SIDOUCÉ, de m'avoir aidé, orienté, et
encouragé.*

*Enfin, je remercie tous mes Ami(e)s que j'aime tant, amazigh, Anouar
Hicham, et mon binôme farés, anis, ryma, Cylia... Pour leurs sincère
amitié et confiance, et à qui je dois ma reconnaissance et mon
attachement. Un grand merci pour mes amies résidentes au sein de de
la résidence universitaire berchichez le bloque G pour leurs
encouragements et leurs soutiens.*

*À tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect et
ma gratitude.*

Lynda

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

- A la mémoire de mon père qui aurait tant aimé voir ce jour arrivé.

-A ma mère qui est source de mon inspiration.

-A ma sœur Nassima et mon frère Nassim.

-A tous les membres de la famille MEDDOUR

-A tous mes amis et adhérents de l'association du Croissant Rouge Algérien comité communal de Bejaia particulièrement à Sofiane, Khefoufi, Farid, Ryad, Khaled et Chabane.

Sans oublier mes chères amis Amazigh, Liha, Rahim, Yasmine, Pedro, Zahir et Lynda.

Farès

Introduction	1
---------------------------	----------

Partie théorique

Chapitre I : Insuffisance rénale

Aperçu Historique	6
1-L'appareil urinaire et l'anatomie des reins	7
2- Insuffisance rénale	9
3- Épidémiologie.....	10
4- les causes et complication de l'IRC	11
5-classification de l'IRC	12
6-Le traitement de l'IRC	13

Chapitre II : Le vécu psychologique chez les insuffisantes rénales chroniques

1-Le moment de l'annonce de la maladie	18
2-Les nombreuses contraintes et douleurs morales du dialysé	19
3- La réaction du patient envers sa maladie	24
4- Observance du traitement immunosuppresseur	27
5- Deuil et travail du deuil	27
6-Le rôle des soignants	28

Chapitre III La dépression

Aperçu historique	32
1-Définition de la dépression	32
2-Épidémiologie	34
3- Étiologie, facteurs et évolution de la dépression	34
4-Les symptômes de la dépression	37
5-Les formes cliniques de la dépression	41

6-Les classifications de la dépression -----	42
7-Diagnostique de la dépression -----	52
8-Traitement de la dépression -----	53

Chapitre IV : Problématique et hypothèses

Problématique -----	60
---------------------	----

Partie Méthodologique

Chapitre V Démarche de la recherche et techniques utilisés

Introduction -----	69
1- Démarche de la recherche et techniques utilisées -----	69
1.1. La pré-enquête -----	69
1.2. L'enquête -----	69
1.3. Le lieu de la recherche -----	69
1.4 La méthode clinique -----	70
•L'étude de cas -----	71
2. La population d'étude -----	72
2.1. Sélection de notre population d'étude -----	72
•Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude. -----	73
3. Les techniques utilisées -----	73
3.1. L'entretien de recherche et l'entretien clinique -----	73
a. Entretien semi-directif -----	74
b. Attitude clinique du clinicien -----	75
I. Non-directif -----	75
II. Respect -----	75
III. Neutralité bienveillante -----	76

IV. Empathie -----	76
c. Le guide d'entretien -----	76
3.2. L'échelle de Beck -----	76
4. Analyse des techniques utilisées -----	80
4.1 Les données de l'entretien clinique -----	80
4.2 Analyse de l'échelle de dépression de Beck -----	80
Conclusion -----	82

Partie Pratique

Chapitre VI Présentation et analyse des résultats

Cas Brahim -----	84
Cas Abdenour -----	89
Cas Akila -----	96
Cas Youcef -----	103
Cas Wahid -----	109
Cas Ghania -----	114

Chapitre VII Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses -----	120
Conclusion générale -----	125

Bibliographique

Annexes

Introduction	1
---------------------------	----------

Partie théorique

Chapitre I : Insuffisance rénale

Aperçu Historique	6
1-L'appareil urinaire et l'anatomie des reins	7
2- Insuffisance rénale	9
3- Épidémiologie.....	10
4- les causes et complication de l'IRC	11
5-classification de l'IRC	12
6-Le traitement de l'IRC	13

Chapitre II : Le vécu psychologique chez les insuffisantes rénales chroniques

1-Le moment de l'annonce de la maladie	18
2-Les nombreuses contraintes et douleurs morales du dialysé	19
3- La réaction du patient envers sa maladie	24
4- Observance du traitement immunosuppresseur	27
5- Deuil et travail du deuil	27
6-Le rôle des soignants	28

Chapitre III La dépression

Aperçu historique	32
1-Définition de la dépression	32
2-Épidémiologie	34
3- Étiologie, facteurs et évolution de la dépression	34
4-Les symptômes de la dépression	37
5-Les formes cliniques de la dépression	41

6-Les classifications de la dépression -----	42
7-Diagnostique de la dépression -----	52
8-Traitement de la dépression -----	53

Chapitre IV : Problématique et hypothèses

Problématique -----	60
---------------------	----

Partie Méthodologique

Chapitre V Démarche de la recherche et techniques utilisés

Introduction -----	69
1- Démarche de la recherche et techniques utilisées -----	69
1.1. La pré-enquête -----	69
1.2. L'enquête -----	69
1.3. Le lieu de la recherche -----	69
1.4 La méthode clinique -----	70
•L'étude de cas -----	71
2. La population d'étude -----	72
2.1. Sélection de notre population d'étude -----	72
•Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude. -----	73
3. Les techniques utilisées -----	73
3.1. L'entretien de recherche et l'entretien clinique -----	73
a. Entretien semi-directif -----	74
b. Attitude clinique du clinicien -----	75
I. Non-directif -----	75
II. Respect -----	75
III. Neutralité bienveillante -----	76

IV. Empathie -----	76
c. Le guide d'entretien -----	76
3.2. L'échelle de Beck -----	76
4. Analyse des techniques utilisées -----	80
4.1 Les données de l'entretien clinique -----	80
4.2 Analyse de l'échelle de dépression de Beck -----	80
Conclusion -----	82

Partie Pratique

Chapitre VI Présentation et analyse des résultats

Cas Brahim -----	84
Cas Abdenour -----	89
Cas Akila -----	96
Cas Youcef -----	103
Cas Wahid -----	109
Cas Ghania -----	114

Chapitre VII Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses -----	120
Conclusion -----	125

Bibliographique

Annexes

Liste des Tableaux

Tableau 1. Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude.....	73
Tableau 2. Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Brahim.....	87
Tableau 3. Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck d'Abdenour.....	93
Tableau 4. Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Akila.....	100
Tableau 5. Score et résultats de l'échelle de Beck de Youcef.....	106
Tableau 6. Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Wahid.....	112
Tableau 7. Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Ghania.....	117

Liste des Figures

Figure 1. La structure de l'appareil urinaire.....	8
Figure 2. La structure de rein.....	9
Figure 2. L'étape de la filtration du sang.....	14

Depuis la nuit des temps, l'être humain est une entité complexe, il vit toujours en interaction avec ses pairs. Il est destiné à faire face aux bons et aux mauvais événements de la vie quotidienne, ces derniers sont sources de différentes perturbations psychologiques et physiques, qui peuvent être parfois passagères, réactionnelles, ou irréversibles tels que les maladies chroniques.

La maladie chronique est une affection, incurable et définitive, voire irréversible qui nécessite une prise en charge à vie. Parmi ces maladies chroniques, on sélectionne l'insuffisance rénale chronique (IRC).

L'insuffisance rénale chronique se caractérise par un rein malade, incapable d'effectuer les tâches de filtration et d'élimination des déchets du sang, qui lui incombent. Elle résulte le plus souvent de complications liées à l'hypertension ou au diabète.

En Algérie, la majorité des patients qui ont perdu leurs deux reins, sont traités seulement par hémodialyse en centre (90% des patients). Fin 2013, on comptait 18 000 patients hémodialysés chroniques. Les autres méthodes de traitement sont nettement minoritaires avec seulement 1 000 transplantés rénaux suivis et 400 patients traités par dialyse péritonéale à domicile (DP). L'hémodialyse en centre a coûté en 2013, à la collectivité, la somme de 300 millions d'euros. Voici pour les frais directs, les frais indirects sont plus difficiles à estimer (www.lesoirdalgerie.com).

Les patients souffrant de l'IRC sont soumis à un traitement de suppléance par dialyse ou par une transplantation rénale, l'hémodialyse est une technique utilisée depuis plus de 40 ans comme rôle de remplacer les fonctions principales des reins sains : filtrer le sang (éliminant ses déchets), et équilibrer les niveaux de liquides en éliminant les déchets du sang et l'eau en excès. L'appareil est donc constitué d'un filtre dans lequel circule le sang du patient et également un liquide appelé dialysat avec lequel le sang du patient est en contact. Il se fait des échanges entre les deux liquides (sang et dialysat) de sorte que le sang élimine certaines substances (urée, créatinine, potassium, etc.) qui n'ont pas été filtrées par les reins qui sont déficients. Le sang retourne par la suite au patient par un système de tubulure. L'hémodialyse a aussi pour rôle d'enlever l'excédent de liquide accumulé. La plupart des patients nécessitant des traitements d'hémodialyse urinent très peu de sorte que tous les liquides qu'ils absorbent s'accumulent.

Souvent, un patient va ainsi augmenter son poids de 1 à 2kg par jour. Durant le traitement de dialyse, on peut enlever cet excédent de liquide en créant une pression dans le filtre.

Le malade, surtout celui qui va mal, est l'être le plus seul qui soit au monde. Victime d'une maladie encore inconnue, objet de soins mystérieusement confiés à des mains étrangères, isolé face à l'équipe médicale qui tire les ficelles de son destin, tenu à distance par sa famille, à l'écart de la société, il est seul comme il ne l'a jamais été de sa vie, avec au fond de lui-même la pensée lancinante de la mort possible, de la mort prochaine. L'insuffisance rénale chronique à un ralentissement sévère sur la vie des patients ; la vie, les projets, les restrictions de participation sociale sont arrêtées.....etc. Cette maladie bouleverse de manières différentes l'univers du patient hémodialysé.

Certains patients, mis en dialyse, ressentent toujours un malaise psychologique, un choc émotionnel, un bouleversement, un véritable traumatisme psychique, une inquiétude vive à vis de son avenir ; son équilibre familial, ses symptômes, l'évolution de sa maladie. Ces éléments sont source d'angoisse voire de dépression pour le patient et son entourage. En effet, le patient subit une perte de son état de santé, et le fait de se projeter dans l'avenir ne lui annonce qu'une perspective de mort. La durée de la séance d'hémodialyse met certain patient dans une situation de désespoir, de tristesse, de fatigue envers leurs états, la situation de leurs corps, une maladie qui a change complètement leurs vies. Et c'est ce qui affecte l'humeur du patient et même peut induire une dépression.

La dépression est une maladie caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. (Postel, 1992, p206). La dépression représente l'expression la plus commune de la détresse des patients dialysées, et associé à un taux élevé de mortalité. Sa prévalence qui varie d'une étude à l'autre, en fonction des critères de diagnostic utilisés demeurent sous-estimée.

L'épisode dépressif majeur (EDM) tel qu'il est défini dans les classifications internationales à une prévalence de 3% sur 6mois, de 4 à 5% sur 1 an (homme 3%, femme 6%), et de 12% sur vie entière (homme 10%, femme 22%). Le trouble dysthymique, moins fréquent, a une prévalence vie entière de 3%. (Manzanera, 2003, p02).

Les patients atteints d'insuffisance rénale souffrent fréquemment de dépression. Cette affection touche environ 30% des insuffisants rénaux au stade terminal de la maladie.

Dans notre recherche portée sur le thème « la dépression chez les d'insuffisants rénaux chronique ». Nous allons adoptés la théorie cognitivo- comportementale, qui va être comme un arrière-plan théorique, cette dernière explique la dépression sous plusieurs angles, pour réaliser notre recherche, on s'est basé sur l'étude de six cas, pris au service d'hémodialyse de l'hôpital Franz fanon de Bejaia.

Pour enrichir et effectuer notre recherche, et pour bien expliquer et éclairer les idées que nous avons abordées précédemment, nous avons élaboré un plan de travail qui comporte les parties suivantes :

Première partie : Théorique subdivisée en quatre chapitres qui sont comme suit ;

Chapitre I : L'aspect médical de l'insuffisance rénale chronique,

Chapitre II : Le vécu psychologique des hémodialysés,

Chapitre II : La dépression,

Chapitre IV : Problématique et hypothèse,

La deuxième partie : Méthodologie de la recherche qui contient le chapitresuivant :

Chapitre V : La démarche de la recherche et techniques utilisées,

La troisième partie : pratique subdivisée en deux chapitres qui sont commesuit :

Chapitre VI : présentation et analyse des résultats,

Chapitre VII : la discussion des hypothèses,

Enfin, nous allons achever notre travail avec une conclusion, dans laquelle on posera d'autres questions de perspective concernant cette étude, afin d'ouvrir le champ à d'autres recherches dans le domaine.

Partie théorique

Chapitre I

Insuffisance rénale

Introduction

Les reins ce sont deux petits organes qui assurent deux fonctions :

Ils éliminent du sang les déchets prévenant de la destruction des cellules de l'organisme et de la digestion des aliments, ainsi que leurs fonctions endocrines. Malheureusement l'incapacité d'accomplir ces rôles est un signe de l'une des atteintes rénales. « L'insuffisance rénale chronique » une maladie silencieuse vu que la personne atteinte ne se rend pas compte jusqu'au stade final.

Aperçu Historique

La vie du sujet en est ainsi prolongée en durée. Pour en arriver à ce stade, il a fallu de nombreuses étapes d'avancées scientifiques depuis moins de deux siècles. Sans entrer dans ces détails, rappelons qu'historiquement, deux femmes vont survivre à leurs urémies aiguës par deux traitements palliatifs différents pour les premières fois, l'une grâce à la dialyse en 1945 à Kampen (Pays-Bas) et l'autre grâce à une transplantation réalisée clandestinement en 1947 à Boston (USA). Puis c'est en 1960 à Seattle (USA) que C. Shields deviendra le premier hémodialysé chronique puis transplanté, lui permettant de prolonger sa vie de onze années. En 1952, en France, une première greffe du jeune Marius avec sa mère comme donneur vivant par J. Hamburger à Necker. En 1954, des frères jumeaux homozygotes à Boston permettent à un couple donneur-receveur une transplantation rénale réussie.

En France, jusqu'en 1960, les sujets mouraient de crises d'urémie qui dès lors vont prendre le nom d'insuffisance rénale chronique terminale. Cette phase terminale de l'insuffisance rénale chronique annonçant le vital recours palliatif, à la dialyse ou à la greffe, sans quoi le sujet meurt. Les médecins seront amenés à choisir les patients qui continueront à vivre par la dialyse, ce traitement n'étant pas accessible à tous jusqu'au début des années 1970.

Si les machines de dialyse continuent à se perfectionner notamment en bénéficiant des progrès de l'informatique, des avancées thérapeutiques sont envisagées. Notamment celle de la portabilité par un rein artificiel portable ou d'un système d'ultrafiltration portable. Sous la forme de ceinture, ceux-ci fonctionneraient continuellement tel un vrai rein. À l'université du Michigan, un rein bio-artificiel a été testé sur des animaux puis sur des humains notamment en novembre 2004. Celui-ci pourrait rester extra-corporel voire même être implanté dans l'organisme. Aussi, une imprimante 3D pourrait recréer à partir de cellules souches un rein pour

l'insuffisant rénal... Peut-être un jour alors les machines d'hémodialyse seront reléguées au rang de l'Histoire médicale (Jean-Dit-Pannel, 2015, p.13).

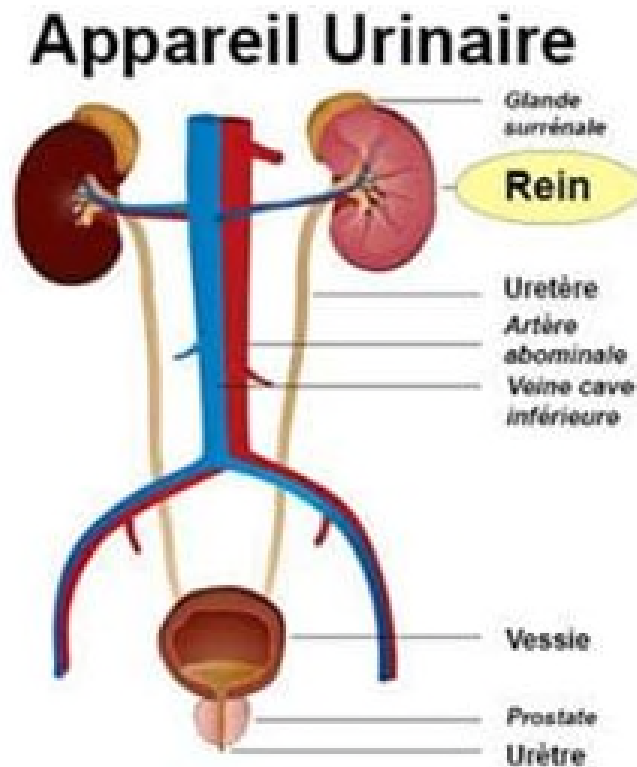
1-L'appareil urinaire et l'anatomie des reins

Les reins sont des organes vitaux. L'homme en a deux. Ils sont situés de part et d'autre de la colonne vertébrale, un à droite et un à gauche. Chaque rein est constitué de nombreuses unités fonctionnelles appelées les néphrons qui sont le lieu de la formation de l'urine. L'importance des néphrons a donné le nom à la spécialité médicale : la néphrologie qui est la discipline médicale étudiant la physiologie et la pathologie des reins (Idier, 2012, p.15).

Le rein est un organe complexe qui assure plusieurs fonctions:

- la régulation des quantités d'eau dans l'organisme,
- l'élaboration de l'urine qui permet le maintien de l'équilibre entre l'eau et les électrolytes (calcium, potassium, sodium...) et de l'équilibre avec les acides ;
- l'élimination par les urines des déchets métaboliques du sang et des toxiques (médicaments, alcool,...), par exemple l'urée (résultant de la digestion des protéines) et de la créatinine (provenant de la destruction des cellules musculaires qui sont continuellement en renouvellement) ;
- la production et la sécrétion de trois hormones : la rénine qui joue un rôle de régulation de la tension artérielle, l'érythropoïétine qui stimule la production de globules rouges par la moelle osseuse et la vitamine D qui est nécessaire à l'absorption du calcium (Idier, 2012, p.15).

Figure 1. La structure de l'appareil urinaire



1-1 Les voies urinaires

Elles correspondent :

- au bassinnet : c'est un réservoir dont le rôle est de collecter l'urine.
- aux 2 uretères : elles conduisent l'urine du rein vers la vessie.
- vessie : elle stocke l'urine produite en continu par les reins.

- urètre : l'urètre permet la vidange (on parle de la miction) de la vessie par le méat urétral (méat urinaire). Cet urètre est normalement fermé par un sphincter, le sphincter vésical. L'ouverture de ce sphincter et la contraction de la vessie permettent l'évacuation de l'urine (Kutchaw, 2009, p.8).

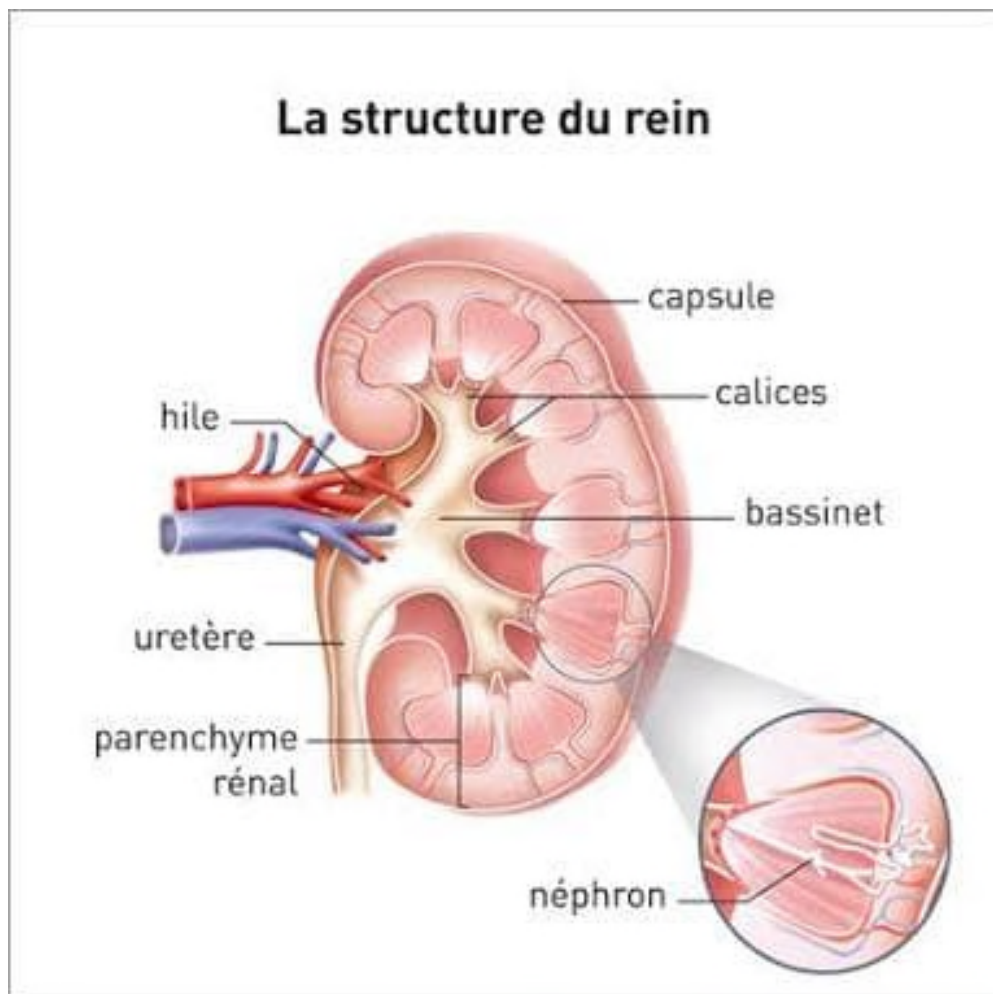
1-2 La structure du rein

Le rein est formé de trois parties principales :

Le cortex (soit la partie externe du rein), la médulla (soit la partie interne du rein) et le bassinet (endroit où s'accumule l'urine avant de descendre dans les uretères).

La médulla et le cortex de chaque rein sont formés de millions de filtres minuscules appelés néphrons. Ces petites structures sont aussi reconnues comme étant l'unité fonctionnelle du rein (Kutchaw, 2009, p.8).

Figure 2. La structure de rein



2- Insuffisance rénale

Quand les reins ne peuvent plus assurer ses différentes fonctions indispensables à la vie, le sujet est alors atteint d'insuffisance rénale. L'insuffisance rénale est dite « chronique » lorsque la perte des fonctions rénales est progressive et irréversible. Quand les lésions sont devenues très importantes et que la perte des fonctions des reins devient menaçante sur le plan vital, il s'agit d'« insuffisance rénale chronique terminale ». Pour survivre, les personnes doivent alors

bénéficier d'une thérapie rénale de remplacement telle que la transplantation d'un rein ou la dialyse. L'insuffisance rénale est considérée comme « un mal silencieux » car les symptômes ne sont ressentis qu'à un stade très avancé de la maladie. Les principaux symptômes sont une fatigue importante et persistante, des troubles digestifs, un amaigrissement, des crampes, un essoufflement et des œdèmes diffus plus marqués au niveau des mains et des chevilles (Idier, 2012, p.15).

2-1 insuffisances rénales aiguës IRA

L'insuffisance rénale aiguë se définit par la perte habituellement brutale de tout ou partie des fonctions rénales.

La survenue d'une insuffisance rénale aiguë impose d'apprécier le retentissement immédiat sur l'organisme des perturbations métaboliques et hydro-électrolytiques, de s'assurer du caractère aigu de l'insuffisance rénale et de préciser le type d'insuffisance rénale en cause (Idier, 2012, p.15).

2-2 insuffisances rénales chroniques IRC

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par une diminution progressive et irréversible du débit de filtration glomérulaire (DFG), qui reflète le fonctionnement rénal. Elle se définit par une baisse depuis plus de 3 mois du débit de filtration glomérulaire au-dessous à 60 ml/min/1,73m², et/ou la présence depuis plus de 3 mois d'un marqueur d'atteinte rénale, comprenant anomalies biologiques (protéinurie, micro albuminurie, leucocyturie, hématurie) et/ou histologiques et/ou morphologiques (Idier, 2012, p.15).

3- Épidémiologie

La prévalence de la maladie rénale chronique aux États-Unis était de 11% chez l'adulte selon une étude menée en 1999-2000, avec une prévalence des stades 3 à 5 estimée de 4.3, 0.2 et 0.2% respectivement. En Europe, une étude récente menée sur 13 pays a révélé l'existence d'une importante disparité entre les pays concernant la prévalence de l'IRC. Cette disparité n'était pas uniquement liée aux différences de prévalence du diabète, de l'hypertension et de l'obésité dans les différentes populations puisqu'elle persistait après stratification.

Les données de la littérature concernant l'évolution de la prévalence de l'IRC au cours des dernières décennies sont contradictoires. Certaines études, comme celles menées en Norvège et

en Grande-Bretagne, rapportent une stabilité voire une diminution de la prévalence de l'IRC, quand d'autres études, en Finlande et au Japon, décrivent une augmentation de la prévalence de l'IRC chez l'adulte. L'étude japonaise a par exemple rapporté une prévalence de l'IRC chez l'homme de 13.8% [intervalle de confiance à 95% (95% CI), 11.4–16.2%] en 1974, de 15.9% [95% CI, 13.6–18.2%] en 1988 et de 22.1% [95% CI, 19.6–24.6%] en 2002.

Les données sur l'incidence sont rares. En France, seule une étude prospective menée dans la région de Nancy a permis d'obtenir des chiffres d'incidence de l'IRC en population générale. L'incidence estimée dans cette étude était de un pour mille habitants. Selon une étude rétrospective, l'incidence de l'IRC serait au Royaume-Uni de 1700 par million d'habitants

(Béchade, 2017, p.11).

4- les causes et complication de l'IRC

La maladie rénale chronique est une maladie lentement évolutive ; une baisse progressive du débit de filtration glomérulaire s'observe habituellement sur plusieurs années. Les causes principales d'IRC en France sont la néphropathie diabétique et la néphroangiosclérose, qui expliquent actuellement à elles seules 2/3 des IRC. La néphropathie causale a un impact sur la progression de l'IRC. D'autres facteurs influencent aussi la rapidité d'évolution, comme par exemple l'hypertension, la protéinurie, l'acidose métabolique et la consommation de tabac qui accélèrent la dégradation de la fonction rénale (Béchade, 2017, p.12).

Les principales causes d'IRC sont :

- Néphropathies vasculaires et hypertensives (25 %),
- Néphropathies diabétiques (22 %, essentiellement diabète type 2),
- Glomérulonéphrites chroniques (11 %),
- Néphropathies héréditaires (8 %, essentiellement polykystose rénale autosomique dominante),
- Néphropathies interstitielles chroniques (moins de 5 %),

- Néphropathies diverses (10 %),
- Néphropathies d'origine indéterminée (16 %).

Au regard, du rôle physiologique du rein dans l'homéostasie, l'IRC peut conduire à plusieurs complications si elle n'est pas diagnostiquée et traitée précocement.

Dans le stade 4 de l'IRC, la fréquence de certaines complications est plus élevée : 75% pour l'hypertension, 50% pour l'anémie, 20% pour l'hyperparathyroïdisme, hyperphosphatémie et l'acidose et 5 à 10% pour l'hypocalcémie et la faible concentration en albumine sérique (Dracon, 2009, p.19).

5-classification de l'IRC

5-1- L'insuffisance rénale chronique

Ccr : 90-60 ml/min, ne se traduit par aucun signe clinique spécifique.

5-2-L'insuffisance rénale chronique modérée

Ccr: 60-30 ml/min, se manifestant essentiellement par une tendance à la nycturie (retard à l'élimination de l'eau).

5-3-L'insuffisance rénale chronique sévère

Ccr : 30-15 ml/min.

5-4-L'insuffisance rénale chronique terminale,

Ccr 15 ml/min.

Cette classification uniquement quantitative est arbitraire, la tolérance clinique pouvant être bien différente d'un patient à l'autre pour une même valeur de clairance, notamment chez le sujet très âgé.

La valeur fonctionnelle rénale s'apprécie par les dosages sanguins de l'urée et de la créatinine ou par la détermination de la filtration glomérulaire, mesurée par la clairance de l'inuline ou de la créatinine (Dracon, 2009, p.19).

6-Le traitement de l'IRC

Lorsque l'insuffisance rénale chronique a atteint le stade terminal, il est indispensable de suppléer les fonctions rénales vitales par un traitement d'épuration rénale : la Dialyse Péritonéale (DP) ou l'Hémodialyse (HD) ou par la transplantation rénale.

6-La dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale utilise les capacités naturelles de filtration du péritoine qui est une membrane qui tapisse l'intérieur de la cavité abdominale et le tube digestif. Le péritoine sert de rein de substitution. Lors de l'intervention chirurgicale, un cathéter qui est un tube en silicone souple, est implanté chirurgicalement au niveau de l'abdomen. Ce cathéter permet d'introduire le liquide de dialyse (le « dialysat ») dans la cavité péritonéale. Les déchets et la surcharge en eau vont se diffuser pendant plusieurs heures dans ce liquide. Le péritoine sert alors de filtre. Ce liquide contenant les déchets et l'excès en eau est éliminé par le biais d'une poche de drainage en dehors de l'organisme. Ensuite, une nouvelle infusion de dialysat est réalisée. Cette opération est appelée « échange ». Elle doit être renouvelée trois à quatre fois par jour si l'on choisit la Dialyse Péritonéale Chronique Ambulatoire (DPCA). Il existe une autre solution qui est la Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA). Les changements de poches, c'est-à-dire les échanges, ne sont plus effectués manuellement mais par une machine qui réalise les cycles de changement de poche pendant le sommeil. Le patient doit se brancher le soir et se débrancher le matin.

La dialyse péritonéale est un traitement qui nécessite un apprentissage rigoureux. Elle est proposée aux patients jeunes et actifs en attente d'une greffe mais elle peut aussi s'adresser aux patients âgés, en mettant éventuellement en place une aide à domicile (Dracon, 2009, p.19).

Une dialyse péritonéale a de nombreux inconvénients comme les risques infectieux, l'équilibre nutritionnel, et aussi elle a des avantages par exemple : simplicité de la méthode, autonomie, maintien prolongé de la fonction rénale résiduelle; et bien sûr sans oublier les contre-indications qui sont l'éventration majeure, interventions abdominales multiples, insuffisance respiratoire grave, absence de fonction rénale résiduelle (Dracon, 2009, p.25).

6-2 L'hémodialyse

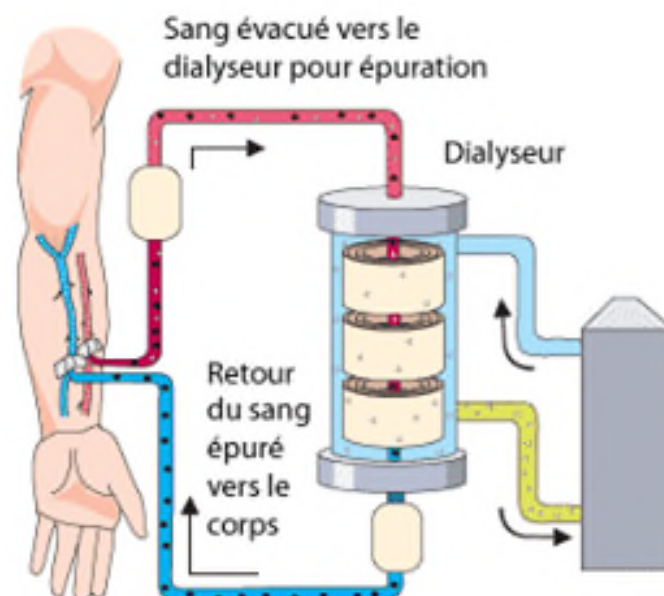
Le principe consiste, à travers une membrane semi-perméable, ne laissant que l'eau et les substances dissoutes de petit poids moléculaire (poids moléculaire inférieur à 70 000), à mettre en contact le sang du patient avec une solution de composition adaptée, appelée le dialysat. Il est possible, dans le but de favoriser les transferts de solutés de poids moléculaire élevé, d'augmenter l'importance de l'ultrafiltration : c'est l'hémodiafiltration (Dracon, 2009, p.25).

En pratique, toute insuffisance rénale, quelle que soit la maladie en cause peut bénéficier de cette thérapeutique. Les seules contre-indications sont les états grabataires et démentiels ainsi que les maladies rapidement mortelles sans traitement efficace.

L'hémodialyse peut être pratiquée en centre (hôpital, clinique) ou dans le cadre d'alternatives (centre d'autodialyse, hémodialyse à domicile). Dans la mesure du possible, tant pour des raisons de meilleure intégration sociale que de coût, il importe d'élargir les indications des techniques alternatives extrahospitalières.

En pratique, la durée hebdomadaire d'épuration est de l'ordre de 12 heures à 18 heures, selon les cas. La dialyse courte, même quand elle est qualifiée d'efficace. Nous paraît être. Dans l'état actuel de la technique, inadéquate et grevée d'une morbidité et d'une mortalité élevée (Dracon, 2009, p.25).

Figure 2. L'étape de la filtration du sang



6-3 La transplantation rénale

Lorsqu'elle est possible (et qu'elle réussit), la transplantation est le seul traitement permettant à l'insuffisant rénal chronique de recouvrer une vie pratiquement normal.

Ce traitement de substitution idéal de l'urémie chronique (le rein transplanté, outre les fonctions excrétoires, peut pleinement assurer les fonctions endocrines habituelles) est de loin, le moins coûteux, nécessitant néanmoins une surveillance indéfinie et un traitement immunosuppresseur permanent qui reste grevé de complications non négligeables

L'organisation de transplantation est toujours difficile et dépend :

- Du greffon provenant parfois d'un sujet vivant (greffe familiale), soit le plus souvent d'un donneur décidé en état de décès dont les conditions hémodynamiques sont parfois précaires à l'heure du prélèvement.

- du receveur dont l'inscription sur liste de transplantation nécessite un bilan somatique et psychologique complet, chez des patients parfois exposés depuis longtemps à l'insuffisance rénale chronique et à la pathologie induite par les méthodes de suppléances

- du traitement qui associe la corticothérapie et l'immunosuppression nécessaire à la tolérance immunologique mais qui comporte des risques infectieux, cancéreux, vasculaire, osseux et métaboliques.

Si les résultats initiaux se sont progressivement améliorés (survie greffon, survie malade), de nombreux progrès restent à accomplir notamment dans le domaine de la meilleure spécificité et innocuité des traitements immunosuppresseurs.

La recherche quant à la possibilité des xéno greffes est encore plus que balbutiante et l'utilisation de tels greffons ne sera sûrement pas possible avant de nombreuses années (Dracon, 2009, p.25).

Conclusion

Les reins jouent un rôle primordial dans le métabolisme du fonctionnement organique ou leurs fonctions c'est d'éliminer et de filtrer le sang de la quantité d'eau, de potassium, de sodium et de phosphore prévenants des différents aliments que notre organisme absorbe chaque jour. Et parmi les affections fréquentes qui touchent les reins, l'insuffisance rénale chronique ; une maladie définitive, incurable, irréversible, ou le patient perd complètement les fonctions de ses reins, une urgence qui nécessite une prise en charge médicale et psychologique.

Chapitre II

Le vécu psychologique chez les insuffisants rénaux chroniques

Introduction

L'insuffisance rénale chronique est une l'une des affections qui bouleverse le côté psychologique du patient, et apprendre qu'on est atteint d'une maladie chronique n'est jamais facile à accepter, celui-ci est en effet confronté aux remaniements, voire aux angoisses que subit son corps, son interaction avec ses pairs. L'évolution de cette maladie influence directement sur le côté psychologique du patient, cette dernière est une source d'un traumatisme effrayant et une situation difficile à accepter. Ci-dessous on va aborder quelques notions du vécu psychique.

1-Le moment de l'annonce de la maladie

L'annonce de la maladie est donc vécue comme un traumatisme. En psychologie, le traumatisme se définit comme un événement qui implique un "avant" et un "après", de sorte que la vie de la personne, ainsi que la façon dont elle appréhende passé, présent et avenir, s'en trouve totalement bouleversée. Le traumatisme confronte surtout le sujet à la perspective de la mort, la sienne ou celle d'un proche. Tous ces facteurs peuvent déboucher sur un conflit psychique (Lefebvre, 2005, p.4).

Les difficultés psychologiques des dialysés sont liées au fait que leur maladie soit mortelle et rend indispensables des soins contraignants. La découverte de la maladie confronte donc le patient à sa propre mort. Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologiques, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien (Lefebvre, 2005, p.3).

On évoque souvent la notion de vérité lorsqu'on aborde le thème de l'annonce du diagnostic. La vérité (du latin Veritas) est un terme de philosophie qui exprime la qualité de ce qui est vrai. Dire la vérité à un patient c'est donc l'informer de ce qui est réellement, et sans détours.

En effet, quelle que soit la maladie, tant qu'elle est inconnue du patient mais connue du médecin, celui-ci se retrouve en possession de la « vérité », de l'explication des symptômes que décrit le patient.

Parler de la maladie, de la mort est difficile car il faut aborder les « non-dits ».

En complément des recommandations aux médecins communiquées par l'ANAES, M. RUSZNIEWSKI cite trois exemples d'annonce du diagnostic au patient et après les avoir analysés conclut par le fait qu'il n'y a pas une seule manière d'annoncer la maladie.

Mais que la méthode utilisée doit être en accord avec les mécanismes de défense et les capacités d'intégration du patient, lui révélant de façon graduelle et à son propre rythme les données relatives à sa maladie afin qu'il puisse progressivement l'intégrer et l'assimiler.

M. LE LAUZET et S. PUCHEU mettent en évidence le fait que chaque patient s'adapte aux informations que l'on lui donne. Elles ajoutent que l'annonce de la vérité ne se résume pas qu'à des mots et que chacun réagit en fonction de ses propres défenses face à l'angoisse générée par le diagnostic (Barthélemy, 2008, p.13).

Il est donc clair que le moment de l'annonce est générateur de souffrances pour le soigné qui se retrouve confronté à la maladie, et qui sait que celle-ci sera la cause de sa mort. Jusque-là, sa mort était fantasmée, à présent, elle a un nom, une forme et une cause.

Aux souffrances engendrées par la maladie se surajoutent les souffrances enfouies liées à son inexorable mort et à l'angoisse qu'elle engendre (Barthélemy, 2008, p.13).

2-Les nombreuses contraintes et douleurs morales du dialyse

2-1-Le problème du rapport au temps chez la personne dialysée

La dialyse est souvent considérée par les patients comme un temps "mort", perdu, d'où l'importance de parfois réexpliquer l'intérêt de la dialyse, ce à quoi elle sert. C'est le rôle du psychologue aussi bien que des soignants : on peut par exemple rappeler qu'avant d'être en dialyse, le patient était beaucoup plus fatigué, et donc que la dialyse leur apporte un mieux-être. Certains patients le reconnaissent d'eux-mêmes, surtout s'ils ne sont en dialyse que depuis quelques semaines.

La survenue de la maladie, comme événement traumatique, peut entraîner un profond remaniement de la perception du temps. En effet, le temps qui passe est-ce qui nous rapproche tous de l'échéance qu'est la mort. Or, les insuffisants rénaux sont, plus que toute autre personne, confrontés à cette perspective d'autant plus inéluctable que la dialyse n'est qu'un soin palliatif, c'est-à-dire un soin uniquement destiné à reculer les limites entre vie et mort (Lefebvre, 2005,p.1).

2-2 Le régime et les contraintes alimentaires

Les contraintes alimentaires sont tout aussi importantes. Les restrictions sur les prises de nourriture et d'eau sont difficiles, surtout chez les personnes âgées car manger et boire représentent des sources de plaisir immédiat : c'est le principe de plaisir versus le principe de réalité. Les personnes dialysées ont peu de sources de plaisir immédiat car les séances de dialyse tous les deux jours les rappellent sans cesse à la réalité c'est-à-dire le potentiel mortel que représente leur maladie s'ils ne se rendent pas en dialyse. Ils n'ont pas la liberté de refuser d'aller en dialyse le jour où ils sont fatigués ou s'ils ont des soucis personnels etc.

Les transgressions alimentaires, hydriques et l'insuffisance de complaisance au traitement médicamenteux sont des façons de (re) trouver une certaine autonomie, une certaine identité, de récupérer un pouvoir sur les choses (Lefebvre, 2005, p.3).

2-3 Le problème d'effraction

Chaque nouvelle ponction représente une effraction corporelle. Le branchement en hémodialyse, la pose du cathéter de dialyse péritonéal ou la transplantation rénale (le greffon) consistent à introduire un objet étranger dans le corps. Chacune de ces effractions constituent un véritable traumatisme. Toutes ces interventions modifient le corps, y créent des ouvertures, des brèches qui peuvent être sources d'angoisse. Là encore, le sujet a un gros travail d'adaptation et d'acceptation à faire de son nouveau schéma corporel (Lefebvre, 2005, p.5).

En hémodialyse, la vision du sang peut faire resurgir des fantasmes très angoissants relatifs au fait d'être vidé de son sang, en même temps qu'il est contrôlé et nettoyé par la machine

Habituellement nous n'avons pas accès à la vision de notre propre sang, tout au moins pas en aussi grande quantité. Nous n'avons pas non plus accès au bruit de notre propre circulation sanguine, ce qui est le cas lorsqu'on a une fistule laquelle constitue une porte ouverte sur l'intérieur du corps, ce qui n'a rien d'anodin ou de banal. Pour certaines personnes, le "Thrill" de la fistule, semblable au tic-tac d'une montre, représente le temps qui passe, ainsi que le signe du maintien de leur propre vie.

Cas de monsieur C. qui dit se réveiller souvent la nuit pour écouter le tic-tac de sa fistule ... Ces effractions sont surtout difficiles à vivre pour les patients dont la personnalité est structurée sur un mode psychotique, car ces personnes sont déjà aux prises avec des angoisses

dites de morcellement, mais aussi pour les patients normaux névrotiques car ces brèches posent le problème de la différenciation entre dedans et dehors. Cela peut générer des manifestations anxio-dépressives, une très grande anxiété au moment du branchement par exemple, perturber le sommeil et l'appétit. Dans le cas de L, comme chez un certain nombre de dialysés, l'angoisse atteint probablement son paroxysme juste avant le branchement. Le problème est que cette angoisse empêche justement la personne de pouvoir verbaliser ce qu'elle ressent. C'est là que le psychologue peut être utile pour encourager la verbalisation (Lefebvre, 2005, p.5).

2-4 Les répercussions psychologiques

Les difficultés psychologiques des dialysés sont liées au fait que leur maladie soit mortelle et rend indispensable des soins contraignants. La découverte de la maladie confronte donc le patient à sa propre mort. Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologiques, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien. Cela le conduit à se détacher du monde et à ne plus l'investir, d'où un repli sur soi, accentué parfois par l'isolement social. C'est pourquoi la famille et les soignants ont un rôle très important à jouer. À l'inverse, certaines personnes trouvent dans la dialyse un bénéfice sur le plan social, si ce sont des personnes qui étaient déjà socialement isolées avant, la dialyse va leur permettre de nouer des liens avec d'autres personnes, soignés ou soignants. Concernant ces personnes, la greffe va les confronter à un certain vide car ils retrouvent une famille par l'intermédiaire de la maladie et du traitement. Certains patients dialysés présentent quelquefois des préoccupations hypocondriaques excessives. Ils peuvent se plaindre de douleurs aux localisations multiples qui n'ont pas d'origine somatique. Ces plaintes cachent en fait souvent une peur imminente de la mort qui ne peut s'exprimer en tant que telle (Lefebvre, 2005, p.1).

On peut en outre observer des manifestations phobiques par rapport à un type précis de machine ou à une infirmière. C'est en réalité un moyen de déplacer l'angoisse sur un objet extérieur afin de mieux évacuer et contrôler cette angoisse. Ces manifestations d'évitement représentent une aide à la verbalisation. L'insuffisance rénale représente une perte, celle de la bonne santé. Il y a aussi perte de l'indépendance, du fait de la dépendance à la machine, aux soignants, et donc perte de la capacité à s'assumer seul (Lefebvre, 2005, p.1).

Comme le dit D. Cupa « le patient vie l'annonce de la mise en dialyse et son entrée en dialyse comme un choc. C'est un passage dans une autre vie, celle de la survie, car, dès lors,

sans la dialyse il ne peut vivre, c'est la dialyse ou la mort ». (Cupa, 2002, p.88) L'insuffisance rénale confronte donc la personne à l'idée de sa propre mort, et le fait que cette perspective est rendue plus immédiate, plus présente, plus prégnante, par rapport à une personne bien portante, d'où sans doute ce sentiment d'urgence quasi permanent...

Cet état met le malade dans une situation de deuil, selon Élisabeth Kubler « on entend par deuil la perte d'un être cher..., d'un état auquel on est attaché. Le deuil représente aussi le cheminement que connaît la personne exposée à cette perte jusqu'à ce qu'elle réapprenne à vivre en l'absence de l'objet perdu. En soi, le deuil est un processus normal et universel auquel nous avons été, nous sommes ou serons tous un jour confrontés... la résolution du deuil se fait par étapes successives : le déni, la colère, le marchandage, la dépression, l'acceptation. A son rythme, la personne endeuillée va traverser ces différentes étapes en s'appuyant au fond d'elle sur des ressources insoupçonnées, transformant une absence extérieure vécue comme douloureuse, en une présence intérieure chaleureuse » (Kubler, 2009, p.102) En revenant au cas des dialysés G. Lefebvre dit « Il y a donc un travail de deuil à faire car on passe du statut de personne bien portante à celui de malade. Sans un réel travail de deuil, ce nouveau statut est très difficile à accepter. Or pour faire le deuil de quelque chose, il faut notamment pouvoir oublier, ne serait-ce qu'un instant, que nous avons perdu ce quelque chose. La dialyse constitue alors un rappel répétitif de la perte, donc l'oubli est rendu presque impossible (Lefebvre, 2005, p.1). Certaines personnes arrivent à dormir pendant les séances, à se détendre, et d'autres non, sans doute à cause d'une angoisse trop importante, car dormir c'est mourir un peu, cela revient à abandonner le contrôle. La dialyse péritonéale est souvent mieux vécue par les patients car elle semble offrir davantage de liberté, et donc permet une meilleure insertion sociale, mais elle renvoie aussi à des angoisses de mort, dans un deuil répétitif infini. La détresse par rapport à la dialyse est plus grande si le sujet sait qu'il ne pourra pas être greffé. Dans de rares cas, des amputations sont nécessaires par suite d'un diabète avancé, et certains patients peuvent expressément demander à mourir et refuser de poursuivre la dialyse.

Il est à noter que chaque patient à sa place bien à lui dans une salle de dialyse, et qu'en cas de décès, les autres malades peuvent refuser de s'installer à cette place car c'est la place du mort. Quoi qu'il en soit, le décès d'une personne affecte beaucoup les autres dialysés car cela réactive les angoisses de mort présentes en chacun d'eux (et de nous) (Lefebvre, 2005, p.3).

2-5 Les remaniements de l'image du corps

On peut observer des bouleversements au niveau de l'image du corps. L'image du corps se définit comme la perception inconsciente que nous avons de notre corps, par opposition au schéma corporel qui représente l'image consciente. Nous avons tous le même schéma corporel mais pas tous la même image du corps. La maladie peut entraîner une dépréciation corporelle, le sujet en vient à considérer son corps comme incomplet, craint que celui-ci ne soit "déformé".

Exemple de cette femme de 45 ans très sportive, qui avait jusqu'ici l'habitude de courir en compétition, qui espère ne pas rester trop longtemps en dialyse car elle craint que la fistule ne finisse par "grossir" et ne déforme son bras car elle a remarqué que d'autres patientes, en dialyse depuis plus longtemps qu'elle, avait le bras complètement déformé.

En effet, chaque ponction entraîne une petite blessure qui laisse des traces. Cela peut provoquer une blessure narcissique importante, d'autant que, face à l'image abîmée de son corps, le dialysé peut en arriver à craindre le regard de l'autre.

L'insuffisance rénale peut être vécue comme si l'organe rein était mort, et de ce fait, un processus de deuil est nécessaire car il y a perte d'une fonction : la fonction rénale. Ce processus de deuil, s'il ne se fait pas ou mal, peut entraîner des dépressions majeures difficiles à traiter. Le patient a un gros travail à faire sur lui-même car il doit accepter et la maladie, et le traitement qui l'accompagne (Lefebvre, 2005, p.4).

2-6 Dysfonctionnement sexuelle

Tous les hémodialyses présentent des dysfonctionnements sexuels à des degrés divers, ces troubles semblent plus fréquents chez les hommes.

Chez eux, la diminution ou la disparition de la fonction rénale et donc de la fonction urinaire, entraîne une perte de la libido car ces deux fonctions sont symboliquement très liées chez l'homme.

Selon Jean François Allilaire, in Cupa, "la fonction urinaire contribue à symboliser la permanence de la virilité. Contrôler cette fonction est source de gratification alors que la perte de la fonction urinaire représente une frustration". De plus, il faut tenir compte de l'état anxieux ou dépressif, ainsi que du bouleversement de la vie de couple induite par la dialyse (Lefebvre, 2005, p.4).

3- La réaction du patient envers sa maladie

3-1 Un effet traumatique

Souvent l'émotion est tellement forte lors de la première annonce que le patient n'entend qu'une petite partie de ce qui est dit. On parle alors de sidération. Lors de la consultation où est réalisée la première annonce, tout ne peut être abordé, le patient a besoin de temps.

Les différentes étapes du processus d'acceptation de la perte ou du deuil ont été décrites comme : le choc, la colère, la dénégaration voire le déni, le marchandage, la dépression, l'acceptation. Le déroulement de ce processus n'est pas uniforme, il varie selon les personnalités et les situations. Mais ce qui est constant chez le patient, c'est le besoin d'être entendu, compris et accompagné à son rythme.

En fonction de son cheminement personnel, chaque patient a une aptitude particulière à intégrer les informations, c'est pourquoi elles devront lui être redonnées par les différents intervenants, à différents moments. (Haute autorité de la santé, 2008, p.5).

3-2 Les signes cliniques de la dépression

En hémodialyse, les patients sont totalement dépendants de la machine et des soignants. Non seulement ils manquent souvent de confiance en eux-mêmes pour monter seuls leur machine, (d'où les difficultés à mettre en place de véritables antennes d'auto dialyse), mais également la maladie diminue les capacités d'apprentissage. L'état dépressif empêche aussi d'apprendre et perturbe les capacités cognitives. De plus, la vision du sang dans la tubulure est parfois insupportable. L'hémodialyse entraîne une souffrance psychique itérative puisque le sujet doit s'y rendre trois fois par semaine, ou plus. Je citerai à ce sujet l'exemple de ce patient de 42 ans qui avait dû suivre une quatrième séance cette semaine-là du fait de sa prise de poids excessive. « Ça m'a mis un coup au moral dit-il, de faire cette séance supplémentaire » (Lefebvre, 2005, p.3).

Ce sont notamment la fatigue, le peu d'investissement de la vie sociale, la difficulté à investir autre chose que ce qui concerne la dialyse. Le problème est que cet état dépressif est un facteur qui contribue à la mauvaise observance du traitement médicamenteux, du régime et des soins (Lefebvre., 2005, p.1). Selon D Cupa, "une dépression plus ou moins importante existe chez

tout dialysé". Et même selon Becker cité par D. Cupa, le dialysé est un dépressif chronique. En effet, chaque nouvelle dialyse rappelle la perte de l'organe, et donc que le corps est irrémédiablement abîmé. Du fait de cet état dépressif, on observe fréquemment chez les personnes dialysées une chute de libido, des problèmes d'impuissance ou de perte de désir sexuel de par le traumatisme de la confrontation à la maladie, à la mort et au traitement. Selon G. Lefèvre, cet état peut induire à des symptômes de type dépressif : chagrin, envie de rien, pas envie de voir d'autres personnes, de sortir, détachement du monde extérieur, désintérêt pour les activités antérieures la maladie, perte d'appétit ou au contraire boulimie, troubles du comportement alimentaire multiples, non-respect des contraintes diététiques, très fréquemment des troubles du sommeil, voir envies suicidaires (Lefebvre, 2005, p.1).

3-3 Les mécanismes de défense du patient

Quelques éléments pour comprendre les mécanismes de défense des patients:

- Ils ont une fonction de protection indispensable face à une situation vécue comme trop douloureuse.
- Ils ne sont pas une preuve de pathologie mais une tentative d'adaptation du psychisme face à l'angoisse, ils tendent à rendre l'information plus tolérable.
- Ils sont donc toujours à respecter.
- Ils sont inconscients.
- Ils se réorganisent en permanence, ils ne sont donc pas figés dans le temps.
- En revanche, ils peuvent susciter une incompréhension dans la relation entre soignant et patient. Il est donc nécessaire de les prendre en compte dans son positionnement face à un patient.

Le patient peut adopter une des attitudes de défense suivantes, il peut passer d'une attitude à une autre dans le temps.

- L'isolation : la charge affective se trouve séparée de la représentation à laquelle elle était rattachée.

Exemple : Mme A. reprend les explications précédemment fournies par le médecin, elle explique très clairement l'évolutivité de sa maladie et la mort inéluctable sans manifester aucune angoisse, comme si cela ne la concernait pas. Ce mécanisme permet à Mme A. d'arriver à évoquer ce qui lui arrive sans s'effondrer.

- Le déplacement : la charge affective est déplacée d'une représentation sur une autre, généralement moins menaçante.

Exemple : Mme R. évoque sa difficulté à ne plus pouvoir marcher l'année dernière suite à une fracture de la jambe et ne revient jamais lors de l'entretien sur la tumeur cérébrale dont elle souffre et qui lui a fait perdre définitivement l'usage de ses jambes. La situation qu'elle vit est trop angoissante pour Mme R. pour qu'elle puisse l'évoquer directement. Elle parvient malgré tout à parler de son angoisse face à la dépendance par un moyen détourné.

Savoir écouter pleinement sans émettre de jugement hâtif. Rester vigilant à ce que le patient évoque même si cela nous paraît n'avoir aucun rapport avec l'objet de l'entretien.

- La projection agressive : l'angoisse se trouve projetée sous forme d'agressivité sur l'entourage, souvent le médecin ou l'équipe soignante.

Il est nécessaire dans de pareilles situations très difficiles pour les soignants d'essayer de ne pas se sentir personnellement mis en cause. Répondre sur une modalité défensive similaire ne pourrait qu'entraîner une majoration de la détresse du patient.

- La régression : permet au patient de ne plus avoir à assumer les événements mais de les laisser à la charge de l'autre.

Exemple : M. P., malgré les sollicitations du médecin, laisse son épouse répondre à toutes les questions le concernant.

Dans ce cas précis il serait très anxiogène de mettre le proche à l'écart et obliger le patient à affronter seul les événements qui le concernent.

- Le déni : le patient se comporte comme si rien ne lui avait été dit.

Le déni se met en place face à une angoisse massive que le patient est incapable de traiter et il est généralement partiel et transitoire. Il est nécessaire de laisser alors un peu de temps au patient (Haute autorité de la santé, 2008, p.5).

4- Observance du traitement immunosuppresseur

Le Cas de Monsieur L qui est en attente de greffe et qui considère les autres dialysés comme "sa famille" : il risque de mal supporter la greffe car il s'est relativement isolé socialement depuis sa maladie. L'extérieur, le monde des biens portants a été quelque peu désinvesti au profit du monde de la maladie.

La greffe permet de retrouver sa liberté quant à la dialyse mais la personne peut alors avoir le sentiment d'être " lâchée dans le désert " ce qui peut être douloureux au point que le patient, faisant preuve d'une certaine ambivalence vis-à-vis du greffon, finit par le rejeter. Avec la greffe, le dialysé se trouve confronté à un nouveau deuil, celui de tout un réseau relationnel et des habitudes prises au cours des dialyses. D'après Consoli, dans "troubles psychiatriques des insuffisants rénaux chroniques" une proportion non négligeable des échecs de transplantation est liée à une négligence de la prise des immunosuppresseurs, elle-même en rapport avec la difficulté à assumer psychologiquement cette nouvelle étape de la vie. Il y a aussi le deuil du donneur anonyme dont la mort a pu être secrètement souhaitée pour que la greffe puisse avoir lieu (Lefebvre. , 2005, p.6).

5- Deuil et travail du deuil

L'autre effet perturbateur de l'annonce du diagnostic est qu'elle entraîne une remise en question générale de l'individu : par rapport à son avenir, son équilibre familial, ses symptômes, l'évolution de sa maladie ...

Ces éléments sont source d'angoisse voire de dépression pour le patient et son entourage.

En effet, le patient subit une perte, la perte de son état de santé, et le fait de se projeter dans l'avenir ne lui annonce qu'une perspective de mort.

Le patient va devoir commencer le deuil de sa vie avant la maladie afin de pouvoir exister en tant que malade incurable.

Le deuil se veut donc une perte pouvant entraîner une souffrance psychologique et/ou physique.

Afin d'expliquer le travail de deuil on s'est appuyée sur les travaux d'Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre et psychologue, qui a décrit le processus de deuil en différentes étapes. Ce processus n'est pas linéaire l'individu peut passer d'une étape à l'autre puis revenir en arrière :

- Refus, Dénier : C'est la 1ère étape du processus de deuil. Elle est réactionnelle à l'annonce du diagnostic et en lien avec le choc engendré par celle-ci. Elle se caractérise par une absence d'émotivité. Le déni est un mécanisme de défense qui met à distance l'angoisse en évacuant la réalité du diagnostic.

C'est en quittant ce court stade du deuil que l'individu prend conscience de la réalité du diagnostic.

- Irritation : C'est la manière de l'individu d'exprimer son désarroi, son impuissance face aux événements. L'individu en veut à tout le monde, au corps médical qui ne peut le soigner...C'est également une période de questionnement.
- Marchandage : C'est une phase de négociations. Le marchandage est une forme de négation qui permet à l'individu de se protéger contre la réalité, l'individu fait appel à la religion, négocie avec les instances supérieures : « Je prierai matin et soir, et j'irai à l'église tous les dimanches si tu me guéris mon Dieu ».
- Dépression : Phase plus ou moins longue du processus de deuil qui est caractérisée par une grande tristesse, des remises en question, de la détresse. Cette situation résulte de l'épuisement physique et psychique. On note l'apparition de symptômes dépressifs comme la perte d'appétit, les troubles du sommeil, une humeur triste, un isolement...
- Acceptation : Dernière étape du deuil où le patient se sent mieux. Il trouve des explications, un sens aux épreuves qu'il traverse. Il a aussi réorganisé sa vie en fonction de la perte. La maladie devient une source de réorganisation de vie, de restructuration de la personne qui va pouvoir refaire des projets (Barthélemy, 2008, p.15).

6-Le rôle des soignants

Malgré toute leur compétence, les soignants ne peuvent pas offrir la guérison totale. De plus, assister à la souffrance et à la dégradation des malades, à leurs angoisses et à leur lassitude, induit également une souffrance, et peut-être parfois un sentiment d'impuissance. Certains

soignants peuvent avoir l'impression quelquefois ne pas savoir comment répondre à la souffrance des malades.

Dans ces situations, il importe d'essayer d'accepter son impuissance car cela diminue la culpabilité. Au même temps, il faut éviter d'ignorer son sentiment d'impuissance pour tenir compte des attentes du malade.

Cela ne veut pas dire qu'il faut exécuter toutes les volontés du patient! Il existe des situations conflictuelles, un peu comme dans toute famille. Concernant les difficultés inhérentes aux relations soignant/ soigné, le psychologue joue un rôle de tiers, d'interface.

Il peut arriver que la distance nécessaire entre le soignant et le soigné se trouve gommée : tutoiement, relations amicales. Cela crée des relations très impliquées, surtout dans les cas de dialyse péritonéale à domicile, lorsque le soignant se trouve en contact direct avec l'environnement familial. Le problème d'une trop grande proximité réside notamment dans le fait qu'en cas de décès, les réactions émotionnelles risquent d'être trop fortes. En outre, en cas de "problème médical" ou autre, le soignant risque de ne plus avoir la neutralité nécessaire pour faire preuve de sang-froid.

Par ailleurs, certains patients se montrent très exigeants par rapport aux heures de branchement et débranchement. Par exemple le patient qui veut absolument être branché le premier de sa série, est quelqu'un qui cherche à occuper une place privilégiée auprès du soignant. Autrement dit, il veut être investi de façon particulière par le soignant, faire l'objet d'un investissement narcissique. On peut aussi parler des patients qui demandent systématiquement une couverture ou un verre d'eau au moment où un autre patient fait un malaise. Il s'avère alors nécessaire de recadrer de tels patients.

On citera ce passage de D.Cupa qui illustre parfaitement le cas de monsieur A. : "Le patient qui se sent contraint par la dialyse et insuffisamment reconnu par l'équipe soignante va faire pression sur l'équipe, d'une part pour se soulager de celle qui est exercée sur lui, d'autre part pour attirer l'attention".

Les patients qui appellent l'infirmière pendant les dialyses pour des raisons futiles exercent une contrainte qui est à comprendre comme un appel à un soin qui est autre qu'un soin infirmier. Cela peut être interprété comme ; "venez plus avec moi car je m'ennuie, j'ai peur" (Lefebvre, 2005, p.5).

Conclusion

Les hémodialysés nécessitent une prise en charge multidisciplinaire. La collaboration entre psychologue et Néphrologues doit débiter le plus tôt possible parfois même avant le début de la mise en dialyse afin d'informer le patient sur les difficultés qui risquent de surgir au cours de la prise en charge.

Chapitre III
La dépression

Introduction

La dépression est la plus connue des troubles mentaux et compte parmi les expériences humaines les plus difficiles et les plus douloureuses. La dépression revenant à intervalles presque réguliers avec son épouvantable cortège d'amertume.

Elle prive la personne de son énergie, de ses intérêts et de la volonté d'améliorer les choses. Elle entraîne une vision profondément négative de soi, du monde et de l'avenir. Pendant une dépression, ils peuvent avoir l'impression que rien ne changera et qu'ils ne se sentiront jamais mieux.

Aperçu historique

Pendant deux millénaires et demi, le concept hippocratique de mélancolie a été utilisé en médecine. L'excès de bile noire (kholia : bile ; mélando : noire), sécrétée par la rate, était considéré comme la cause de diverses pathologies telles que l'épilepsie, les maladies de la peau et l'état dépressif. « Lorsque tristesse et anxiété persistent, c'est une mélancolie » (aphorisme VI). Le traitement fut longtemps représenté par l'hellébore et le « dégorgeement de la râtelie » (Rabelais). À partir des XVIIe et XVIIIe siècles, cette interprétation a laissé place à des explications iatrochimiques puis nerveuses et enfin psychiatriques.

Dans la seconde partie du XIXe siècle, les chercheurs ont introduit le mot «dépression» issu de l'économie et de la médecine, signifiant abaissement fonctionnel, physiologique et psychologique. Il a progressivement été utilisé comme synonyme du mot « mélancolie » (ou « lypémanie ») et a fini par le remplacer totalement, comme en témoigne la cim-10 de l'OMS. Le concept de mélancolie est désormais laissé aux artistes, aux littérateurs, aux psychanalystes et même aux philosophes, comme le souhaitait Esquirol, qui avait vainement tenté d'imposer le modèle de la « lypémanie » (monomanie triste), comme l'Américain John Rush avait proposé celui de la « tristimanie » (Bourgeois, 2006, p.28).

1-Définition de la dépression

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente. Elle touche 7% de la population. Le risque majeur est le suicide, il touche 15% des patients déprimés.

La dépression se définit comme un trouble affectif qui se manifeste par un syndrome clinique dominé par l'humeur déprimée. Cette définition donne une primauté à l'émotion sur les autres

aspects du syndrome dépressif : la dépression se traduit par l'expression verbale et non verbale de sentiments tristes ou agressifs.

Mais il s'agit du reflet superficiel de l'altération de plusieurs fonctions et qui traduit leur perturbation par une série de troubles qui vont constituer le syndrome dépressif. Connue depuis Hippocrate qui parlait de maladie à la bile noire : atrabile ou mélancolie, elle apparaît comme une maladie fréquente déterminée par des facteurs psychologiques individuels, sociaux et génétiques (Blackburn et Cottraux, 2008, p.1).

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

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. (OMS, http://www.who.int/mental_health/management/depression/fr/)

Les psychanalystes avaient une conception fondée sur les modèles freudiens. Par exemple, pour Sacha Nacht et Paul-Claude Racamier (1958), la dépression était « un état pathologique, une souffrance psychique et de culpabilité consciente accompagnée d'un abaissement marqué du sentiment de valeur personnelle et d'une diminution non définitive de l'activité mentale, psychomotrice et même des fonctions organiques ». Pour Claude Hollande (1975) : « La dépression s'inscrit dans l'écart entre les performances du sujet et son Idéal du Moi mégalomane qui a gardé les marques de son origine narcissique infantile. Elle s'exprime par une diminution de l'estime de soi, un sentiment d'infériorité au regard d'une instance critique qui accable le Moi. Les sentiments de culpabilité conscients peuvent n'être révélés qu'à l'occasion de l'analyse dans leurs rapports avec les pulsions agressives puissamment refoulées et qui s'expriment de façon privilégiée sur le mode régressif de l'avidité orale. Ils dominent le tableau de la mélancolie qui traduit la régression narcissique avec introjection de l'objet aimé/haï à l'intérieur du Moi. » (Bourgeois, 2006, p.28).

2-Épidémiologie

La dépression constitue un enjeu majeur de santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression représente 4,3 % des DALYs totales (une DALY — disability-adjusted life year — correspond une année de vie en bonne santé perdue), occupant ainsi la troisième place au niveau mondial derrière les infections respiratoires basses et les diarrhées aiguës, mais la première place dans les pays à PIB élevé (8,2 % des DALYs).

Le trouble dépressif majeur est en effet associé à un handicap significatif, de fréquentes comorbidités psychiatriques et somatiques, ainsi qu'à une surmortalité prématurée.

L'analyse données épidémiologiques issues des études consacrées à la dépression permet, d'une part, d'évaluer les besoins sanitaires et ainsi d'adapter l'offre de soins et participe, d'autre part, à l'identification des facteurs de vulnérabilité impliqués (Peretti, 2003, p.1)

3- Étiologie, facteurs et évolution de la dépression

3-1-Étiologies

Les étiologies des syndromes dépressifs sont nombreuses et variées. Elles posent différents problèmes et en particulier celui de la nosographie de ces syndromes. Classiquement, on considérait qu'il existait un hiatus entre la psychose maniaco-dépressive de nature endogène (ou primaire) et les autres dépressions de nature exogène (ou secondaires) ; cette théorie dualiste estimait donc qu'il s'agit d'affections différentes. Mais, actuellement, il est à peu près admis qu'il faut considérer que tous les états dépressifs sont situés sur un même axe, sans discontinuité, et que leur place y est déterminée par leur intensité et leurs critères évolutifs (Godfryd, 2002, p.39).

Face à une dépression, on recherche souvent des explications, et les premières questions qu'on se pose sont : « Pourquoi moi ? Que s'est-il passé ? À quoi est-ce dû ? Qu'ai-je fait ? » Notre besoin de comprendre et de donner un sens à ce qui nous arrive est un processus naturel, en particulier à l'occasion d'expériences douloureuses. Il est alors fréquent d'avoir recours à des explications d'apparence vraisemblables. On évoque alors des causes externes (« C'est parce que ça ne va pas dans mon travail », « Quand je n'aurai plus ces problèmes financiers, ça ira mieux », « J'ai besoin de rencontrer quelqu'un pour ne plus être seul(e) » ...) ou bien des causes internes (« C'est de ma faute », « Je suis un(e) bon(ne) à rien », « Je n'ai jamais pu

réussir comme les autres » ...). Pourtant, ces interprétations sont le plus souvent très éloignées des « origines réelles » de la dépression. Elles constituent même souvent un frein au processus de soin et de guérison, en nous retenant de consulter un médecin. La dépression, comme la plupart des maladies psychiques, ne provient pas d'un facteur unique. Elle résulte au contraire d'un ensemble de mécanismes de diverses natures, encore imparfaitement connus.

On distingue habituellement les « facteurs » biologiques, psychologiques et environnementaux (liés à l'environnement social ou familial). Certains de ces facteurs interviennent très en amont de la dépression, ils « préparent le terrain », on parle alors de facteurs de risque (ou facteurs de vulnérabilité). Par exemple, le fait d'avoir des parents qui ont souffert de dépression augmenterait le risque d'être touché par la maladie. De même, le fait de vivre des événements traumatisants ou des conflits parentaux importants pendant la petite enfance serait associée à un risque accru de dépression dans la suite de l'existence.

D'autres facteurs interviennent juste avant la dépression, ils la « déclenchent » : on parle alors de facteurs précipitants (Lamoureux, 2007, p.21).

A-Les facteurs biologiques

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

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

Il est difficile de savoir à l'heure actuelle si ces anomalies sont la cause initiale ou bien la conséquence de la dépression. Quoi qu'il en soit, leur correction et la restauration du bon fonctionnement des neuromédiateurs sont indispensables. C'est la principale fonction des médicaments antidépresseurs. On sait aujourd'hui que la psychothérapie entraîne elle aussi ce type d'amélioration biologique si le dérèglement initial est modéré (Lamoureux, 2007, p.22).

B- Les facteurs psychologiques

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

Certains de ces mécanismes trouvent leur origine dans l'enfance (plus ou moins bonne qualité des premières relations avec les parents, premières expériences associées à un sentiment de perte, de solitude, d'impuissance, de culpabilité ou de honte...), d'autres peuvent être liés à des éléments plus actuels (traumatismes, deuils liés à la perte d'une personne, d'un idéal ou d'une image de soi). Certains styles de comportements (sur les plans intellectuel, émotionnel, relationnel), ainsi que certains modes de défense psychologiques peuvent favoriser l'émergence et le maintien d'une dépression. Ainsi, certaines personnes souffrant de dépression expriment des croyances négatives (elles se croient par exemple « incapables » ou « indignes » de faire certaines choses...) ou n'envisagent que des perspectives pessimistes, à la fois pour le monde qui les entoure et pour elles-mêmes. Chez ces personnes, certains événements de la vie quotidienne, analysés sous leur angle le plus négatif, peuvent déclencher automatiquement des pensées dépressives, sans qu'il leur soit possible de faire appel à d'autres expériences plus positives.

Comme nous le détaillerons plus loin, c'est en agissant sur ces mécanismes psychologiques problématiques que la psychothérapie intervient sur la dépression (Lamoureux, 2007, p.23).

C- Les facteurs liés à l'environnement social ou familial

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

En plus des facteurs précipitants et des facteurs de risque, la présence ou l'absence de facteurs de protection dans l'environnement de la personne peut aussi jouer un rôle. Par exemple, la présence de personnes proches réconfortantes et valorisantes ou l'engagement dans des activités personnelles intéressantes peuvent protéger de la dépression ou favoriser la guérison. À l'inverse, l'absence de ces facteurs peut faciliter l'apparition ou la réapparition de la dépression (Lamoureux, 2007, p.24).

3-2-évolution de la Dépression

L'évolution dépend de l'étiologie, de l'importance et de l'ancienneté des troubles, de la qualité et de la précocité du traitement, de la compréhension active de l'entourage. Elle peut donc être rapidement favorable sous l'effet d'un traitement, avec guérison clinique, quand il s'agit d'une dépression réactionnelle ou mélancolique. S'il s'agit de l'exacerbation d'une dépression chronique, l'évolution se fera vers un retour à l'état chronique antérieur. L'évolution des dépressions symptomatiques est fonction des affections en cause mais aussi de la personnalité du patient.

Toute évolution peut être l'objet de complications (Godfryd, 2002, p.44).

4-Les symptômes de la dépression

La dépression entraîne un « ralentissement » dans tous les registres de la vie quotidienne : vie affective, fonctionnement intellectuel, forme physique, mécanismes vitaux et corporels (Lamoureux, 2007, p.8).

4-1- Forme physique

A- Fatigue :

Sans avoir fait d'efforts particuliers, la personne éprouve en permanence une sensation de manque d'énergie. Cette sensation omniprésente vient s'ajouter au découragement et à la douleur physique et morale. Une des caractéristiques de cette fatigue dépressive est que ni le repos ni le sommeil ne l'atténuent (Lamoureux, 2007, p.9).

B- Ralentissement général :

La dépression ralentit tous les gestes ; il faut donc plus de temps pour accomplir les tâches habituelles. La personne n'a pas la force. Les émotions, les pensées et les actions sont comme « engluées » par la maladie. Les mouvements du visage sont diminués, il en ressort une impression d'inexpressivité qui peut laisser croire à de l'indifférence. La parole est lente, traînante. La personne a le sentiment de ne plus être capable de réagir. Certaines fonctions du corps, comme la digestion, sont également ralenties (Lamoureux, 2007, p.9)

4-2 Vie affective

A- Tristesse intense

Dans la dépression, la tristesse est particulièrement douloureuse, incompréhensible et envahissante, souvent accompagnée de pleurs sans motif et d'un sentiment de désespoir (Lamoureux, 2007, p.11)

B-Incapacité à éprouver du plaisir

Chez les personnes souffrantes de dépression, les petits plaisirs de la vie (écouter de la musique, voir ses amis, lire son journal...) disparaissent. Tout paraît égal, terne, sans intérêt. La vie a perdu tout sens, tout goût, toute couleur (Lamoureux, 2007, p.11).

C-Hypersensibilité émotionnelle

Les personnes souffrantes de dépression réagissent avec une grande sensibilité aux situations de la vie quotidienne (comme s'il manquait un « espace d'amortissement » entre elles et leur environnement). En même temps, elles peuvent avoir l'impression d'être vides, de ne plus éprouver d'émotions. C'est comme si elles étaient à la fois « anesthésiées » et hypersensibles (Lamoureux, 2007, p.11).

D- Impressions d'abandon, d'inutilité, de solitude

Ces impressions cohabitent avec le sentiment de ne pas être aimé des autres, de n'avoir rien à dire qui puisse les intéresser (Lamoureux, 2007, p.11).

E-Anxiété

Les troubles anxieux et la dépression renvoient à deux maladies différentes, néanmoins, l'anxiété est un symptôme fréquent en cas de dépression. Cette peur sans cause évidente s'exprime aussi bien dans le corps (« boule » dans la gorge, gêne pour respirer, douleurs diverses, notamment dans le ventre) que dans la tête (peur « flottante », ruminations, sentiment de catastrophe imminente (Lamoureux, 2007, p.11).

4-3- Fonctionnement intellectuel

A- Ralentissement intellectuel

En cas de dépression, il devient difficile de réfléchir, de trouver les mots, de parler avec fluidité. On a l'impression d'avoir la tête vide, que le monde est devenu trop compliqué, qu'on ne saura pas s'y adapter, y faire face. Il faut faire un effort très important pour accomplir des tâches qui, jusqu'alors, s'effectuaient naturellement, sans y penser (Lamoureux, 2007, p.13).

B-Diminution de l'attention, de la concentration et de la mémoire

Fixer son attention, ne pas se laisser distraire, retenir ce qu'on vient de lire... ces tâches deviennent très difficiles à accomplir lorsque la personne souffre de dépression (Lamoureux, 2007, p.13).

C-Dévalorisation de soi et culpabilité

La personne qui souffre de dépression ne se sent bonne à rien ; elle se pense sans valeur ; elle s'accuse d'être responsable des événements pénibles qu'elle vit et des émotions désagréables qu'elle ressent. Cette impression lui paraît tellement définitive qu'il lui est difficile de demander de l'aide et de croire qu'un traitement peut changer quelque chose (Lamoureux, 2007, p.13).

D- Pensées négatives

La personne analyse les événements de sa vie et les opinions des autres sous un angle systématiquement négatif. Ce pessimisme permanent retentit sur les proches et peut les décourager (Lamoureux, 2007, p.13).

E-Pensées autour de la mort (la sienne, celle de ses proches ou la mort en général)

Liées au sentiment d'inutilité et à la perte de plaisir déjà décrits, ces idées noires sont en fait « fabriquées » par la dépression et disparaissent à la guérison de la maladie. Les idées de suicide méritent dans tous les cas d'être signalées à un professionnel de santé (Lamoureux, 2007, p.13)

4-4-Mécanismes du corps

A-Dégradation du sommeil

Le sommeil est souvent mauvais, moins profond, très court et peu réparateur. Le petit matin est souvent marqué par un réveil précoce, avec impossibilité de se rendormir et une grande souffrance morale. Dans d'autres cas, le sommeil est en excès ; on parle de « sommeil refuge », comme si celui-ci correspondait à un besoin de « fuir ». Mais ce trop-plein de sommeil est insatisfaisant et plutôt abrutissant (Lamoureux, 2007, p.13).

B-Altération de l'appétit

L'appétit est le plus souvent diminué (les aliments semblent sans goût, l'assiette paraît trop remplie). La préparation des repas devient une corvée, leurs horaires se font irréguliers, leur composition déséquilibrée. La perte de poids est souvent un signe important pour établir le diagnostic de dépression. À l'inverse, on observe parfois une augmentation de la prise d'aliments (surtout sucrés) pouvant conduire à une prise de poids (Lamoureux, 2007, p.13).

C- Problèmes sexuels

La sexualité est une fonction à la fois très biologique et très relationnelle. Ces deux dimensions étant très perturbées dans la dépression, il est logique que la vie sexuelle soit affectée. Le désir sexuel de la personne peut disparaître, son plaisir s'estomper. La réalisation de l'acte sexuel devient alors difficile.

En conséquence, le conjoint a parfois l'impression d'être délaissé, ce qui accentue la tension dans la vie de couple (Lamoureux, 2007, p.13).

D-Symptômes physiques

La dépression peut s'accompagner de douleurs (maux de tête, souffrances dans les articulations, problèmes digestifs...) et de dérèglements de certains indicateurs ou fonctions du corps (tension artérielle, perturbation ou interruption des règles...) (Lamoureux, 2007, p.14).

5-Les formes cliniques de la dépression

La psychiatrie reconnaît classiquement cinq formes de dépression : selon la fréquence, la durée et l'intensité de l'affect dépressif croissant, on rencontre une première forme légère de dépression (Renaud, 2002, p.5).

5-1- La dysthymie

C'est-à-dire l'absence d'émotion, de sentiment, d'affectivité. La personne semble vivre au neutre comme si toute sa vie affective était à plat, en panne. C'est une personne ennuyante qui suscite généralement beaucoup d'agressivité autour d'elle, en raison de son apathie, de sa passivité et provoque l'abandon, le rejet de la part des gens autour d'elle (Rendaud, 2002, p.5).

5-2- Les épisodes dépressifs récurrents

La personne déprimé pendant une période pouvant varier de quelques jours à quelques mois, une ou deux fois par année, ou aux deux ou trois ans. Ces épisodes dépressifs sont déclenchés par le retour d'événements ou de situations comme les changements de saisons, la période des fêtes de Noël, les vacances estivales, ou encore de dates anniversaires, comme le moment de l'année où une personne chère est décédée, une séparation ou un divorce a eu lieu. Dans ce type de dépression, on constate souvent une accentuation de la dépression à chaque nouvel épisode et une prolongation de la période. Il arrive un temps où la personne n'est plus en mesure de regagner la surface, elle ne s'en sort plus par elle-même (Renaud, 2002, p.5).

5-3- La dépression unipolaire

Il s'agit de la grande dépression qui dure généralement de plusieurs mois à plusieurs années et qui nécessite parfois l'hospitalisation, la médication et certainement une forme ou une autre de psychothérapie. La personne perd le goût de vivre et si les suicides sont relativement peu élevés, les idées suicidaires sont nombreuses, tenaces et les chercheurs observent une croissance des tentatives suicidaires ces dernières années. Les chercheurs ne doivent pas les prendre à la légère, car la personne passe parfois à l'acte, sans pour autant réussir, mais la personne en ressort le plus souvent très blessée physiquement, psychologiquement et socialement. Même si ce n'est pas la majorité des déprimés qui réussissent à se suicidé, lorsqu'une personne agit ses idées suicidaires, avec succès ou non, c'est toujours une fois de trop (Renaud, 2002, p.5).

5-4- La dépression bipolaire

Il y a ici deux types de dépression bipolaire.

A) La dépression bipolaire de type I : réfère à une personne qui alterne entre des épisodes dépressifs plus ou moins sévères et des épisodes de vie relativement normale. Entre deux épisodes dépressifs, la personne fonctionne de façon relativement adaptée, mais elle conserve toujours un fond dépressif. Elle est ainsi facilement portée à se décourager, à démissionner. En ce sens, elle ressemble un peu à la personne dysthymique, mais les périodes dépressives sont plus morbides.

B) La dépression bipolaire de type II : décrit ce que l'on connaît maintenant sous le nom de la psychose maniaco-dépressive, c'est-à-dire que la personne traverse une phase dépressive plus ou moins sévère pour passer à une phase maniaque où elle devient enthousiaste, entreprenante, avec des projets de tout refaire, de tout recommencer en neuf et en mieux. La personne est convaincue dans son esprit que cette fois est la bonne, que ses projets vont réussir, que la chance l'accompagne. Elle entraîne parfois d'autres personnes dans son sillage avant de rechuter dans une dépression maligne. L'alternance de l'humeur se fait en quelques mois ou quelques années, mais avec une aggravation à chaque fois. Le lithium est souvent utilisé pour aider la personne à moduler ses humeurs (Renaud, 2002, p.6).

5-5- La mélancolie

Ressemble à la dépression bipolaire de type II et mais elle relève d'une structure psychotique. Freud en parle abondamment dans son article Deuil et Mélancolie. (Renaud, 2002, p.8).

6-Les classifications de la dépression

6-1 La dépression selon le DSM-V

Les troubles dépressifs comportent :

- Le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle.
- Le trouble dépressif caractérisé (incluant l'épisode dépressif caractérisé).
- Le trouble dépressif persistant (dysthymie).

- Le trouble dysphorique prémenstruel trouble dépressif induit par une substance/un médicament.
- Le trouble dépressif dû à une autre affection médicale.
- Le trouble dépressif autre spécifié.
- Le trouble dépressif non spécifié.

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

D)-Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle :

Les critères diagnostiques sont :

A- Crise de colère sévère récurrente se manifestant verbalement (p.ex. accès de fureur verbale) et/ou dans le comportement (p.ex. agressivité physique envers des personnes ou des objets) qui sont nettement hors de proportion en intensité et en durée avec la situation ou la provocation.

B- Les crises de colère ne correspondent pas au niveau du développement.

C- Les crises de colère surviennent, au moyenne, trois fois par semaine ou plus.

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

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

F- Les critères A et D sont présents dans ou moins deux parmi trois situations (c'est-à-dire à la maison, à l'école, avec les pairs) et sont sévère dans ou moins une de ces situations.

G- Le diagnostic ne doit pas être porté pour la première fois avant l'âge de 6 ans ou après l'âge de 18 ans (DSM-V, 2015, p.220)

H- D'après l'anamnèse ou l'observation, l'âge de début des critères A-E est inférieur à 10 ans

Il n'y a jamais eu une période distincte de plus d'une journée pendant laquelle ont été réunis tous les critères symptomatiques, à l'exception de la durée d'un épisode maniaque ou hypomaniaque.

II)-Trouble dépressif caractérisé :

Les critères diagnostiques sont :

A- Au moins cinq de symptômes suivant sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et présentes un changement par rapport au fonctionnement antérieur, au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir (DSM-V, 2015, p.222).

Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputable à une autre affection médicale.

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

2-Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3-Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p.ex. modification du poids corporel excédant 5% en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4-insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

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

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

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

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

9-Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

C- L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

N.B. Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé (DSM-V, 2015, p.224)

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

E- Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

N.B. Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets psychotiques d'une autre pathologie médicale (DSM-V, 2015, p.224)

III-Trouble dépressif persistant (dysthymie)

A-Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, plus d'un jour sur deux, signalée par la personne ou observée par les autres, pendant au moins 2 ans.

N.B. Chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut être irritable et la durée doit être d'un au moins 1 an.

B-Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

1-Perte d'appétit ou hyperphagie.

2-insomnie ou hypersomnie.

3-Baisse d'énergie ou fatigue.

4-Faible estime de soi.

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

6-Sentiments de perte d'espoir.

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

D-Les critères de trouble dépressif caractérisé peuvent être présents d'une manière continue pendant 2 ans.

E- il n'y a jamais eu d'épisodes maniaques ou hypomaniaques, et les critères de trouble cyclothymique n'ont jamais réunis.

F-Le trouble n'est mieux expliqué par un trouble schizo-affectif persistants, une schizophrénie, un trouble délirant trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie, ou un autre trouble psychotique.

G-Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une drogue donnant l'abus, un médicament) ou d'une autre affection médicale (p.ex. hypothyroïdie).

H-Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement sociale ou dans d'autres domaines importants (DSM-V, 2015, p.227).

IV)-Trouble dépressif induit par une substance/un médicament:

Les critères diagnostiques sont :

A- Une perturbation thymique au premier et persistante domine le tableau clinique et est caractérisée par une humeur dépressive ou une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes les activités.

B- Les antécédents, l'examen physique ou les résultats des examens complémentaires montrent clairement la présence de (1) et de (2) à la fois :

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

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

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

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

D- La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un état confusionnel (delirium).

E- Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

NB : Ce diagnostic doit être porté à la place de celui d'une intoxication par une substance ou du sevrage d'une substance, uniquement lorsque les symptômes du critère A dominent nettement le tableau clinique et lorsque sont suffisamment graves pour justifier une prise en charge clinique.

V)-Trouble dépressif dû à une autre affection médicale :

Les critères diagnostiques :

A- Période prononcée et persistante pendant laquelle une humeur dépressive ou une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, domine le tableau clinique.

B- Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires montrent clairement que la perturbation est la conséquence physiopathologique directe d'une autre affection médicale.

C- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p ex. Un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive en réponse au stress lié à une affection médicale grave).

D-La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un état confusionnel (delirium)

E-Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (DSM-V, 2015, p.227).

VI)-Autre trouble dépressif spécifié :

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

Des exemples de troubles pour lesquels pour être utilisée la classification d' « autre trouble dépressif spécifié » figurent ci-dessous :

A. Dépression récurrente brève: présence simultanée d'une humeur dépressive et d'au moins quatre autres symptômes dépressifs pendant 2 à 13 jours au moins une fois par mois (non associé au cycle menstruel) pendant au moins 12 mois consécutif chez une personne qui n'a jamais présenté un tableau clinique répondant aux critères d'un autre mois (non associé au cycle menstruel) pendant au moins 12 mois consécutif chez une personne qui n'a jamais présenté un tableau clinique répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne réponds pas actuellement aux critères (complets au résiduels) d'un trouble psychotique.

B. Épisode dépressif de courte durée (4 - 13 jours): présence d'un affect dépressif et d'au moins quatre des huit autres symptômes d'un épisode dépressif caractérisé associé à une

détresse ou un handicap cliniquement significatifs et persistent pendant plus de 4 jours, mais moins de 14 jours, chez une personne qui n'a jamais présenté un tableau clinique répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne répond pas actuellement aux critères (complets ou résiduels) d'un trouble psychotique ni à ceux d'une dépression récurrente brève.

C. Épisode dépressif avec symptômes insuffisants : présence d'un affect dépressif et d'au moins un des huit autres symptômes d'un épisode dépressif caractérisé et associé à une détresse ou à un handicap cliniquement significatifs et persistants pendant au moins 2 semaines chez un sujet qui n'a jamais un tableau répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne répond pas actuellement aux critères (complets ou résiduels) d'un trouble psychotique ni à ceux d'un trouble mixte anxiété-dépression (DSM-V, 2015, p.227).

VII)-Le trouble dépressif non spécifié

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

6-2 Selon la CIM-10

Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM- 10), les troubles de l'humeur regroupent l'épisode maniaque, le trouble bipolaire, l'épisode dépressif, le trouble dépressif récurrent, les troubles de l'humeur persistant, les troubles de l'humeur non spécifiés.

Nous n'allons pas aborder les épisodes maniaques et le trouble bien que ce soient des troubles fréquents également, mais nous intéresser plus particulièrement aux épisodes et troubles dépressifs ne présentant pas d'épisode maniaque.

Les épisodes dépressifs sont repris sous les rubriques suivantes :

F32 : Épisodes dépressifs.

F32.0 : Épisode dépressif léger.

F32.1 : Épisode dépressif modéré.

F32.2 : Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

F32.3 : dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

F32.8 Autres épisodes dépressifs.

F32.9 : Épisodes dépressifs non spécifiés.

F33 : Trouble dépressif récurrent

F33.o : Trouble dépressif récurrent, épisode léger

F33.1 : Trouble dépressif récurrent, épisode modéré

F33.2 : Trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques.

F33-3 : Trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques.

F33.4 : Trouble dépressif récurrent, en rémission

F33.9 : Troubles dépressifs récurrents non spécifiés

F34 : Troubles de l'humeur persistants

F34.0 : Cyclothymie

F34.1 : Dysthymie

F34.8 : Autre trouble de l'humeur persistants

F34.9 : Troubles de l'humeur persistants, non spécifiés

F38 : l'humeur

F39: Troubles de l'humeur non spécifiés. (Classification internationale maladies CIM10. 2001.).

6-3 Correspondance du DSM-IV avec la CIM-10

Puisque les correspondances DSM-V avec la CIM-10 (dont on n'a pas accès a défaut de données), on a utilisé les données disponibles concernant la correspondance entre le DSM-IV et celles de la CIM-10 .Les experts qui ont préparé la CIM-10 et le DSM-IV ont travaillé en collaboration permettant ainsi d'augmenter la concordance entre les deux systèmes. Les codes et les termes utilisés dans le DSM-IV sont compatibles avec ceux de la CIM-10 Afin d'augmenter la spécificité du diagnostic, d'aider au choix du traitement ou d'améliorer les prévisions pronostiques, un certain nombre de spécifications sont proposées dans le DSM-IV. Pour les troubles les spécifications suivantes sont utilisées : L'épisode dépressif majeur :

Léger, moyen, sévère sans caractéristiques psychotiques, sévère avec caractéristiques psychotiques, en rémission partielle, en rémission complète, chronique.

Avec caractère saisonnier : la dépression saisonnière aurait un rapport avec la quantité lumière que reçoit une personne. Les symptômes rencontrés sont le manque d'énergie, la fatigue, augmentation de l'appétit lorsque les jours deviennent plus courts et sans soleil.

Avec caractéristiques catatoniques troubles psychomoteurs majeurs, stupeur, agitation...

Avec caractéristiques mélancoliques : autrefois appelés « d'origine endogène» avec la nécessité du recours à un traitement médicamenteux ;

Avec caractéristiques atypiques ;

Avec début lors du post-partum : survient généralement chez la femme plusieurs semaines voire plusieurs mois après l'accouchement. En ce qui concerne la pression, les critères diagnostics de la CIM-10 sont composés de dix symptômes. Les seuils de sévérité de l'épisode sont déterminés par la présence d'un certain nombre de symptômes. La différence avec le DSM.IV. et que la CIM- 10 propose une série de critères indépendants pour chaque degré de sévérité (léger. moyen, sévère) d'un épisode dépressif majeur.

Une autre différence entre le DSM-IV et la CIM-10 concerne les symptômes nécessaires à observer pour dépression : avec le DSM-IV il est nécessaire d'observer une « humeur dépressive » et une « perte d'intérêt et de plaisir ». Avec la CIM-10, en plus des deux symptômes

précédents, un symptôme supplémentaire est pris en compte : « réduction d'énergie et augmentation de la fatigabilité » (Kleftara, 2004. p.43).

On constate que généralement la personne dépressive en consultation parle plus facilement de la fatigue ressentie que des autres symptômes d'ordre psychique. Il pourrait donc y avoir un risque de non-reconnaissance la dépression si la fatigue ne fait pas partie des symptômes recherchés lors du diagnostic. Pencherait en faveur de la CIM-10. Néanmoins est nécessaire de souligner le fait que même si l'augmentation de la fatigabilité est fréquemment mise en avant par les patients il s'agit également d'un des symptômes des moins spécifiques de la dépression.

En résumé, on pourrait dire que les classifications utilisées sont essentiellement la classification DSM ainsi que la CIM-10. Leur objectif est essentiellement est le diagnostic de la dépression en clinique. Ces deux systèmes sont très proches par les différents critères nécessaires pour poser le diagnostic de la dépression. Dans les études épidémiologiques, bien qu'elles existent, les différences dans les résultats basées sur le choix du système de classification (DSM-IV ou CIM-10) ne sont pas très importantes, ce sont plutôt les instruments de mesures qui feront la différence. Il est donc nécessaire de s'intéresser davantage à cet aspect. (Kleftara, 2004. p.43).

7-Diagnostique de la dépression

7-1 Diagnostique selon le DSM 5

Caractéristique essentielle du trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle est une irritabilité chronique, sévère et persistante. Cette irritabilité se traduit par deux manifestations cliniques importantes :

Dont la première consiste en des crises de colère fréquentes. Ces crises surviennent de façon typique en réponse à une frustration et peuvent être verbales ou comportementales (ces dernières sous la forme d'agression envers des objets, soi-même ou d'autres personnes). Elles doivent survenir fréquemment (c'est-à-dire, en moyenne trois fois par semaine ou plus) pendant un an ou plus et dans deux situations au moins , comme la maison à l'école, et les crises de colère ne doivent pas correspondre au niveau de développement .

La seconde manifestation d'irritabilité sévère consiste en une humeur irritable de façon persistante ou colérique, qui est présente de manière chronique entre les crises de Colère

sévères. Cette humeur irritable ou colérique doit être caractéristique de l'enfant, présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, et observable par les autres dans l'environnement (Gulfi,2016, p.183).

7-2- Diagnostique selon J.PALAZZOLO

Tous les sentiments de peine ne sont pas des dépressions. La dépression se distingue de la tristesse par l'incapacité de la personne à se réjouir et par le fait d'éprouver de grandes difficultés dans la prise d'une décision. Ainsi, par exemple, tôt le matin, le sujet dépressif ne sait pas s'il doit se lever ou rester couché. Il peut donc passer plusieurs heures au lit, réveillé, angoissé, n'arrivant pas à affronter la journée commençante.

Cette distinction entre tristesse et dépression peut s'observer lors de la participation à l'enterrement d'un défunt dont le deuil nous touche relativement peu.

Les proches parents, pourtant effondrés autour de la tombe, une heure plus tard au cours du repas de funérailles, arrivent à sourire, voire à rire à l'évocation du défunt ou d'une anecdote de sa vie. Une telle attitude n'est pas envisageable chez un individu dépressif, incapable de ressentir du plaisir ou de la satisfaction, Ses émotions positives sont « engourdis », c'est ce que l'on appelle l'anhédonie, Par ailleurs, alors que les personnes dépressives ne parviennent généralement pas à organiser leurs pensées. Les sujets en deuil arrivent à prendre des décisions rapides et claires très peu de temps après le décès, afin d'organiser l'héritage ou les funérailles par exemple (Palazzolo, 2007,p.18).

8-Traitement de la dépression

La dépression est une maladie qui ne doit jamais être prise à la légère. Par conséquent, il est important de consulter un médecin dès les premiers symptômes afin de recevoir un diagnostic rapide, car la dépression peut s'aggraver et même conduire au suicide.

La dépression est une maladie qui se traite à l'aide de médicaments antidépresseurs, souvent combinés à la psychothérapie. Les antidépresseurs traitent les symptômes et améliorent l'humeur. La psychothérapie permet de travailler les aspects psychologiques et sociaux qui pourraient être reliés à l'épisode dépressif.

8-1-Traitement par Médicament

Il existe différents degrés d'intensité dans les dépressions, et elles ne nécessitent pas toutes de traitement par médicaments antidépresseurs.

L'objectif du traitement par médicaments antidépresseurs est la réduction significative des symptômes dépressifs et de leurs conséquences dans la vie quotidienne. Les médicaments antidépresseurs améliorent les symptômes de la dépression à l'issue d'environ 3 à 4 semaines de traitement continu. Ils aident généralement à restaurer le fonctionnement normal du sommeil, de l'appétit, à retrouver l'initiative, une perception positive de la vie... Ce fonctionnement normal persiste après l'arrêt du traitement.

Les médicaments antidépresseurs sont des molécules qui agissent au niveau du cerveau, plus précisément sur les extrémités des neurones (appelées synapses), à travers lesquelles les neurones communiquent les uns avec les autres. Cette communication entre neurones se fait sous forme de « messages » chimiques appelés neurotransmetteurs ou neuromédiateurs (par exemple, la sérotonine ou la noradrénaline). Les médicaments antidépresseurs agissent par divers mécanismes. Aucun médicament ne mobilise à lui seul tous ces mécanismes. En fonction des symptômes de la dépression, de l'efficacité ou de l'échec de tel ou tel médicament antidépresseur prescrit dans le passé, le médecin peut proposer un traitement antidépresseur dont le mode d'action est le plus adapté à chaque situation.

Les médicaments antidépresseurs peuvent avoir un ou plusieurs mécanismes d'action en commun, tout en ayant des effets indésirables très différents les uns des autres. Un médecin qui décide de changer de traitement parce que son patient présente des effets indésirables peut donc proposer un antidépresseur dont l'effet thérapeutique est similaire mais dont les effets indésirables sont différents.

En raison de la complexité des mécanismes d'action des antidépresseurs, il faut souvent attendre quelques semaines (généralement 3 ou 4, parfois un peu plus) avant d'en ressentir les effets bénéfiques.

Le traitement d'un épisode dépressif comporte deux phases :

- la phase aiguë, dont l'objectif est la disparition des symptômes, dure de six à douze semaines;

• la phase de consolidation, dont l'objectif est de stabiliser l'amélioration des symptômes, dure entre quatre et six mois (en fonction des symptômes et du nombre d'épisodes précédents). L'arrêt du traitement pendant cette période critique fait courir un risque très élevé de réapparition des symptômes. C'est pour cela qu'il est indispensable de poursuivre le traitement, même après la disparition des symptômes, conformément à l'avis du médecin (Lamoureux, 2007, p.38).

8-2-Électrochocs ou électroconvulsivothérapie (ECT)

L'utilisation des électrochocs existe encore puisque cela reste le traitement le plus efficace dans les cas de résistance très sévère aux autres traitements. On la pratique encore notamment à l'hôpital Saint-Anne, à Paris.

L'utilisation des électrochocs, réservée aux patients résistants aux traitements médicamenteux, consiste en une stimulation électrique de faible intensité pendant un temps très court dans des conditions extrêmement contrôlées et sous anesthésie. Cette stimulation est administrée au milieu hospitalier.

Ce type d'intervention est très efficace, mais les chercheurs ne savent pas comment cela fonctionne. Cependant, ils ont pu, par imagerie, observer des effets qui ne sont pas sans relation avec les phénomènes précédemment expliqués, en particulier la diminution des signaux dans le cortex préfrontal (Sokoloff, (s.d.), p166).

8-3- Les psychothérapies

Le soutien psychologique permet de mieux connaître sa maladie, de prévenir une rechute de la dépression et de savoir demander de l'aide si nécessaire. Il permet d'apprendre à ces patients, souvent fragiles, à mieux vivre leurs émotions et les tensions de la vie quotidienne. Il existe trois types de psychothérapies capables d'aider un dépressif :

- les thérapies cognitivo-comportementales ;
- les psychothérapies interpersonnelles ;
- les thérapies psychodynamiques, comme la psychanalyse ou les thérapies d'inspiration psychanalytique.

Ces trois types de psychothérapies ne s'opposent pas. Au contraire, on assiste peu à peu à une interpénétration de ces trois méthodes, qui s'adaptent et empruntent les unes aux autres. On différencie cependant les thérapies brèves structurées, que sont les thérapies cognitivo-comportementales et interpersonnelles, des thérapies psychodynamiques.

- Les premières sont centrées sur le moment présent. Elles visent à aider le patient à développer ses compétences afin de gérer ses difficultés actuelles. Le thérapeute, ici directif, informe en détail sur la maladie, la thérapie, les objectifs et la durée de la prise en charge. L'objectif est d'entraîner une modification des symptômes et des conduites (Eustache, 2003, p).
- Inversement, les thérapies psychodynamiques sont centrées sur le passé. Le patient revit et comprend des éléments de son histoire personnelle laissés dans l'ombre. L'objectif est cette fois d'aider à une modification conséquente de la personnalité sous-jacente.

A- Les thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales interviennent sur les pensées négatives et les distorsions cognitives. Pratiquement, elles démontent les trop grandes exigences du déprimé vis-à-vis de lui-même, lui permettent de ne plus évaluer le réel en ne voyant que le pire et l'amènent à juguler ses idées négatives automatiques. En effet, ce mécanisme de pensée fausse l'intégration de la réalité en ne retenant que le côté négatif. Le dépressif traite mal l'information et se maltraite ainsi.

Le premier objectif du thérapeute sera de lui en faire prendre conscience. Viendra ensuite un temps d'auto-observation, puis de critique et enfin celui de développer des pensées alternatives. Cette gymnastique intellectuelle amène le patient à réfléchir systématiquement à des hypothèses inverses de celles, négatives, qui lui viennent automatiquement à l'esprit. La dernière étape sera celle de la mise en pratique dans la réalité.

B- Les psychothérapies interpersonnelles

Les psychothérapies interpersonnelles prônent le rôle fondamental d'une intégration harmonieuse de l'individu dans son environnement. Partant de l'idée qu'un dysfonctionnement des liens interpersonnels serait à l'origine de la dépression et l'entretenirait, cette psychothérapie vise à développer les capacités relationnelles du patient pour améliorer les

troubles dépressifs. Peu capable d'interactions positives avec son entourage, le dépressif vit isolé.

Le thérapeute devra lui apprendre à améliorer de façon globale ses compétences relationnelles, à développer une meilleure identification des sources d'insatisfaction au niveau relationnel et à modifier ses schémas comportementaux automatiques vis-à-vis des problèmes de situation. Le patient devra pour cela s'observer finement et analyser les situations en réel, apprendre à résoudre les problèmes sans surcharge affective et s'entraîner à la communication (jeux de rôle).

C- Les thérapies psychodynamiques : psychanalyse et psychothérapies d'inspiration analytique

L'approche psychanalytique considère l'épisode dépressif comme une régression liée à l'existence de conflits infantiles inconscients non résolus. La dépression correspondrait à la réactivation d'une blessure narcissique ancienne, une sorte de vieille cicatrice qui resurgit, car un conflit interne n'a pas été résolu (Eustache, 2003, p).

Basé sur la théorie freudienne, le fondement de la cure psychanalytique consiste à accéder aux conflits sous-jacents qui sont à l'origine des tendances dépressives. Le patient réactualise ces conflits et s'essaye à les transférer de lui sur la personne du thérapeute. Il peut ainsi comprendre ses mécanismes de défense et ses résistances.

Cette démarche est énergétiquement coûteuse, mais lui permettra ensuite d'acquérir sa liberté. Classiquement, un état dépressif est une contre-indication à une psychanalyse en raison des remaniements importants qu'elle impose à un moment où le sujet est en période de grande fragilité ; elle s'adresse donc aux dépressions névrotiques.

C'est pourquoi, une adaptation aux dépressifs a été réalisée, on parle alors de psychothérapies d'inspiration psychanalytique (plus directive, plus courte, plus interactive et renforçant le Moi) (Eustache, 2003, p).

Conclusion

La souffrance personnelle du malade et le retentissement sur son environnement familial et social font le lit d'un problème de santé publique majeur. L'approche médicale est parfois délicate car le syndrome dépressif est souvent masqué ; le diagnostic est souvent mal accepté par le patient, qui, par essence, est peu observant de son traitement. Au total, les troubles dépressifs sont sous diagnostiqués et sous traités malgré des stratégies thérapeutiques psychologiques et médicamenteuses efficaces.

Chapitre IV

Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèses

La santé est un bon état physiologique, d'un être vivant, un bon fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme. Etre en pleine forme ou en bon santé est l'une des premières préoccupations de l'être humain ; selon Paul Valery « la sante est le silence des organes » et selon l'organisation internationale de la santé « la santé est un état complet de bien-être physique, mentale, social et ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité. »

Sans oublier la santé mentale, qui joue un rôle primordial dans la stabilité de l'organisme. Cette dernière est définie, selon l'organisation internationale de la santé comme : « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tentions normales de la vie. Accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie, de sa communauté » d'après cette définition on peut dire, qu'être en bonne santé mentale, ne consiste donc pas uniquement à ne pas avoir de maladie.

Suite à ces deux définitions, on comprend que la santé englobe à la fois, le bien-être physique, mental de l'être et l'entourage dans lequel il vit. Mais cela ne s'arrête pas là, malheureusement l'être humain est destiné à faire face aux maladies, qui menacent et qui pénètrent, l'équilibre de son organisme. Ces dernières qui affectent le corps humain sans aucune prévention.

Parmi, les maladies qui affectent l'organisme de l'être humain. On trouve les maladies chroniques; ces dernières qui sont des maladies définitives ou la personne est condamné à vivre avec, tout au long de sa vie, tel que ; les cancers, le sida, le diabète, l'insuffisance rénale chronique ; cette dernière qui est une affection silencieuse, d'évolution progressive, et qui ne régresse pas. Son évolution naturelle est plus au moins lente mais peut aller jusqu'à la perte totale de la fonction rénale.

L'insuffisance rénale chronique est la résultante de la perte, progressive des fonctions des reins. Elle est la conséquence commune, de la réduction du parenchyme rénal fonctionnel, au cours de maladies très diverses affectant les reins, ou les vois excrétrices. Elle se traduit par un ensemble d'altérations cliniques et biologique, qui réalisent le syndrome urémique.

La maladie rénale, appelée également insuffisance rénale, désigne la diminution plus ou moins importante des fonctions des reins, quelque qu'en soit la cause. Les reins perdent leurs capacités à filtrer correctement le sang. Et on distingue deux types d'insuffisance rénale ; aigue

et chronique. Cette dernière qui est notre thème de recherche se définit par une diminution prolongée, souvent définitive, des fonctions rénales exocrines et endocrines. Elle s'exprime essentiellement par une diminution de la filtration glomérulaire avec augmentation de la créatininémie et de l'urée sanguine (urémie) par diminution de la clairance de la créatinine. Elle peut aboutir à l'insuffisance rénale terminale (IRC) qui nécessite une suppléance par hémodialyse ou dialyse péritonéale et/ou par transplantation rénale. (Ponte. B & al, 2008, P3).

En France, seule une étude prospective menée dans la région de Nancy a permis d'obtenir des chiffres d'incidence de l'IRC en population. L'incidence de l'IRC serait au Royaume-Uni de 1700 par million d'habitants (Béchade, 2017, p.11).

En Algérie, plus de 23 000 insuffisants rénaux chronique suivent à travers 317 centres d'hémodialyse ouverts dans le secteur public et privé. Le nombre de malades souffrant d'insuffisance rénale chronique est en nette progression d'année en année. Par définition cette pathologie, aux conséquences lourdes, est traitée soit par la dialyse péritonéale, soit par la transplantation rénale. Les statistiques présentées à l'occasion de la tenue du 24^{me} congrès national de néphrologie au centre international des conférences d'Alger donnent froid dans le dos. Deux millions d'algériens ont un problème rénal chronique, soit 10% de la population adulte âgée de plus de 18ans. Pas moins de 2 000 nouveaux sont traités chaque année. La progression effrénée de cette pathologie interpelle et les pouvoirs publics et les spécialistes en néphrologie pour réfléchir aux voies, et moyens devant contribuer à l'amélioration, de la prise en charge thérapeutique de cette frange de la population. Le professeur Hamouche Mustapha, président de la société algérienne de néphrologie, dialyse et transplantation (Sandt), nous a confié en marge des travaux du congrès que le nouveau challenge des néphrologues est la transplantation rénale. Et de rappeler au passage que « l'on a pu réaliser en 17ans, seulement 2 000 transplantations en Algérie ». Un chiffre qui reste en deçà de la demande exprimée. (<https://www.liberte-algerie.com/actualite/deux-millions-dalgeriens-concernes-282009>).

Puis n'oublions pas que l'insuffisance rénale chronique est une maladie chronique, évolutive et incurable, qui bouleverse l'organisme de l'être, ainsi que son fonctionnement psychologique, et apprendre que l'on est atteint d'une maladie grave n'est jamais facile à accepter, Les réactions diffèrent d'un individu à l'autre, le patient est condamné à vivre avec cette maladie à l'exception de la réalisation de la greffe. L'autre effet perturbateur de l'annonce du diagnostic est qu'elle entraîne une remise en question générale de l'individu : par rapport à son avenir, son équilibre

familial, ses symptômes, l'évolution de sa maladie, ces éléments sont source d'angoisse, de tristesse, d'un traumatisme : ce dernier se définit comme ; un événement qui implique un « avant » et un « après », de sorte que la vie de la personne, ainsi que la façon dont elle appréhende passé, présent et avenir, s'en trouve totalement bouleversée. Le traumatisme confronte surtout le sujet à la perspective de la mort, la sienne ou celle d'un proche (Lefebvre, 2003, p.3). En effet, le patient subit une perte, la perte de son état de santé, et le fait de se projeter dans l'avenir ne lui annonce qu'une perspective de mort. Un cercle vicieux s'installe, souvent chez certains patients, ils sont au courant de la gravité de leur maladie, et qu'il ne sera pas guéri, ce qui va être la source d'un malaise psychologique ; une humeur perturbée, dégoût de la vie, morosité.....etc. Cette situation résulte de l'épuisement physique et psychique. On note l'apparition de symptômes dépressifs comme ; la fatigue, la perte d'appétit, les troubles du sommeil, une humeur triste.

L'hémodialyse entraîne une souffrance psychique itérative puisque, le sujet doit s'y rendre trois fois par semaine. (Lefebvre, 2005, p.3). Et selon Dominique Cupa, « une dépression plus ou moins importante existe chez tout dialysé ». Certains hémodialysés vit une tonalité permanente de tristesse, d'intensité variable selon les cas, imprègne le monde subjectif de la déprime : morosité, dégoût de la vie, douleur morale intolérable...etc. A la dépression de l'humeur dépressif se joint un ralentissement psychique et moteur, parfois très marqué et un malaise corporel diffus. (Cuche et Raffaitin, 1989, p.59).

La dépression ; se définit comme une pathologie associant une humeur triste, un ralentissement psychomoteur, et des symptômes somatiques tel que les plaintes concernant le corps comme difficulté à dormir. (Isabelle Lim, 2014, p.33).

La dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. (Postel, 1992, p.206).

Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression : léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution

de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits somatiques", par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère.

Pichot (1960) proposait une triade symptomatique comportant : 1. une qualité particulière de l'humeur : tristesse pathologique, douleur morale, hyperthymie douloureuse, humeur dysphorique ; 2. Une diminution particulière des processus intellectuels et des pulsions instinctuelles (qui correspond à l'inhibition psychique, expression que l'auteur préfère éviter car il n'est plus purement descriptif mais se réfère à un mécanisme pathogénique) ; 3. Une modification de l'activité motrice (le ralentissement psychomoteur ou l'agitation).

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente. Elle touche 7% de la population. Le risque majeur est le suicide, il touche 15% des patients déprimés. (Isabelle Lim, 2014, p.33). Dans le monde, 121 millions de personnes souffrent de dépression. En 2020, la dépression sera devenue la première cause mondiale d'invalidité, après les maladies cardiovasculaires, tous âges et sexes confondus, selon des projections de l'organisation mondiale de la santé. Aujourd'hui, elle est représentée la deuxième cause d'invalidité dans le monde pour les 15-44ans.

Une étude a été réalisée dans l'unité d'hémodialyse du CHU Sylvanus Olympio de Lomé au Togo. Cette unité qui est l'unique centre public de prise en charge en hémodialyse. Durant la période d'étude 91 patients étaient pris en charge dans l'unité d'hémodialyse du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Quarante-huit patients ont répondu aux critères d'inclusion ; 3 patients ont refusé de participer à l'étude. Parmi les 88 patients il y avait 54 hommes (61,4%) et 34 femmes (38,6%) ce qui correspondait à une sex-ratio à 1,6. La moyenne d'âge était de $38,80 \pm 13,24$ ans avec des extrêmes de 12 et 66 ans. La majorité des patients (90,9%) étaient des travailleurs. Tous les patients étaient admis dans l'unité d'hémodialyse au stade terminal de l'insuffisance rénale chronique (IRC). Quarante-six patients (52,3%) avaient une durée en

hémodialyse comprise entre 1 et 4 ans. Aucun patient n'avait un antécédent dépressif. La dépression était retrouvée chez 60 patients (68,2%) dont 38 hommes et 22 femmes. Aucun d'eux n'a bénéficié d'un traitement antidépresseur. Parmi les patients déprimés, 42 patients (47,7%) avaient une dépression sévère. La survenue de la dépression était significativement liée à la durée en hémodialyse ($p=0,008$). La survenue de la dépression n'était pas liée à l'existence de comorbidités somatiques ($p=0,221$) ni au statut professionnel ($p=0,759$). Cette étude montre que la dépression est fréquente chez les patients hémodialysés chroniques à Lomé et qu'elle est ignorée du personnel soignant. C'est un fardeau supplémentaire pour le malade qui subit déjà le coût et la durée de l'hémodialyse chronique. ([Http://www.panafrican-med-journal.com](http://www.panafrican-med-journal.com))

En psychologie clinique, le clinicien fait appel à plusieurs approches et méthodes, afin d'expliquer les troubles psychologiques.

Pour cela, nous avons adopté l'approche intégrative ; la théorie psychanalytique dans le vécu psychologique, la relation d'objets...etc., et la théorie cognitivo- comportementale(TCC) comme arrière-plan théorique de notre travail de recherche, cette dernière explique que l'individu traite les informations en provenance de son environnement et de lui-même, en fonction de schémas cognitifs qui orientent l'interprétation de ces informations. La thérapie travaille à modifier le sens donné à ces informations.

Selon cette théorie, la dépression s'explique par un mauvais traitement de l'information provenant du monde extérieur. L'information est déformée par des schémas cognitifs inconscients stockés dans la mémoire en pensées automatiques. (Beck. Et coll, 1999, p.15).

En se basant sur l'ensemble des lectures, la revue littérature et sur la pré-enquête qu'on a effectuée auprès des hémodialysés, dans le service d'hémodialyse dans l'hôpital de « Frantz Fanon » à Bejaia, afin de s'interroger sur la nature de leurs réactions psychiques notamment la dépression, essayant de répondre aux questions suivantes :

- Est-ce que les insuffisants rénaux chroniques développent-ils une dépression ?
- Est-ce que la perte de la fonction urinaire et sexuelle est un facteur amplifiant la dépression?

Pour répondre aux questions citées on propose les hypothèses suivantes :

Hypothèse générale

L'insuffisance rénale est caractérisée par une destruction de la fonction rénale, nécessite une relation entre le corps malade et la machine (la dialyse) qui est prise comme la variable indépendante, influe sur la variable dépendante qui est la réaction dépressive éprouvée par les hémodialysés.

Les Hypothèses partielles

La première hypothèse

Les patients atteints d'insuffisance rénale chronique en phase d'hémodialyse souffrent d'une dépression qui se manifeste sur le plan psychologique par une tristesse, des pleurs, des sentiments pessimistes, une irritabilité, un sommeil perturbé et un manque d'appétit, suivit par une baisse de la libido, et un profond sentiment de dévalorisation...etc. Ces symptômes se différencient d'un cas à un autre selon le degré de la dépression.

La deuxième hypothèse

La perte objectale de la fonction urinaire qui permet l'évacuation des produits du catabolisme du corps humain, et la fonction sexuelle qui représente la virilité pour l'homme sont des blessures narcissiques qui amplifient le degré de la dépression.

- **Opérationnalisation des concepts**

- **L'insuffisance rénale** : elle se traduit par

- Une sensation de mal-être ; les vomissements, une perte de l'appétit, des maux de tête, une fatigue, un manque de sommeil.
- Une diminution de la taille des reins.
- Une augmentation du taux sanguin de créatine et d'urée.
- Les reins ne parviennent plus à éliminer des acides issus de la digestion des aliments qui s'accumulent dans l'organisme.

- **Dépression**

- Une humeur triste, fatigue, se sentir malheureux et démoralisé.
- Une insomnie, ou excès de sommeil

- Une baisse de la libido
- Des problèmes de concentration de prise de décision
- Sensibilité émotionnelle excessive.
- Une fatigue importante ou une perte d'énergie.
- Un changement marqué de l'appétit ou du poids (perte ou gain)
- Des pensées morbides ou des idées suicidaires.
- Une réduction marquée du plaisir et de l'intérêt pour presque toutes les activités.
- Isolement, replis sur soi.

Il reste à noter que tous ces signes ne sont pas tous présents chez les mêmes cas, mais c'est l'ensemble de ces derniers repérés chez tous les cas qui constituent cette catégorie.

Partie
Pratique

Chapitre V

Démarches de la recherche et techniques utilisées

- **Introduction**

Ce chapitre méthodologique sera consacré à la présentation de différentes techniques adoptées, et les étapes qu'on a suivies, dans notre travail de recherche, qui ont pour but la collecte des informations et des données qui vont nous permettre de mesurer et de comprendre la nature de la dépression chez les hémodialysés.

1- Démarche de la recherche et techniques utilisées

1.1. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape primordiale, dans toute recherche méthodologique et scientifique, cette dernière nous permettra de recueillir des informations, sur la nature et les caractéristiques, de notre population d'étude, et c'est ce qui va nous permettre la bonne application, de nos outils de recherche, en revanche elle va nous permettre d'apporter et d'élaborer des changements et des modifications à notre problématique, et la formulation des hypothèses, et aussi ça nous a facilité l'élaboration de notre guide d'entretien, mais bien avant de s'engager dans notre recherche, nous avons opté à rencontrer, le chef de service d'hémodialyse de l'établissement public hospitalier de Franz Fanon, à qui nous avons bien expliqué notre thème de recherche et la démarche méthodologique, que nous avons choisis afin de réaliser ce travail.

1.2. L'enquête

L'enquête est une étape indispensable, que nous avons adoptée avant d'entamer notre pratique qui a duré un mois et demi –mars avril-. Tout d'abord on a travaillé avec les patients qui ont donné leur consentement, pour participer à cette investigation. Pour cela on a adopté des outils de recherche qui nous ont facilité le travail avec ces patients. Le déroulement de l'entretien et la passation du test ont été réalisés dans la langue maternelle du patient. Vu que les patients ne comprenaient pas bien la langue française.

1.3. Le lieu de la recherche

Nous avons effectué notre travail de recherche au niveau du service d'hémodialyse au sein de l'hôpital « Franz fanon », qui se situe dans la haute ville de Bejaia, qui dépend du centre hospitalier universitaire de Bejaia, et qui est le plus ancien hôpital de cette région. Dans le service de dialyse, où s'est déroulé notre recherche qui a ouvert ses portes en 1983

compose de deux salles, et qui comporte 6 lits pour hommes et 6 lits pour femmes, avec un générateur de filtration

1.4 La méthode clinique

Elle s'insère dans une activité pratique visant à la reconnaissance et la nomination de certains états et aptitudes et comportements, dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif, ou une forme de conseil, permettant une modification positive de l'individu. Elle vise à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. En ce sens elle s'oppose à la méthode expérimentale pour se rapprocher le plus possible des situations naturelles. Ses prétentions à l'objectivité, à la scientificité, à la reproductibilité des phénomènes et à la prédictivité en sont nécessairement réduites.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretien...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte du problème) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations, le second vise à comprendre un sujet. Ce second niveau peut être défini à partir de trois postulats : la dynamique, la genèse et la totalité. Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. L'être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie. Dans ce cadre, les principes de la méthode clinique pourraient être la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution de ces conflits. La méthode clinique suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite. Les techniques utilisées sont l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'analyse de textes écrits, l'observation, le recueil des informations pouvant faire l'objet de différents types de traitement (analyse de contenu, analyse «

psychopathologique», analyse de l'énonciation...) permettant de faire apparaître les éléments saillants concernant l'individu ou le phénomène en question. Les méthodes cliniques visent moins un résultat précis qu'un faisceau d'éléments dont les interrelations doivent être analysées. Elles se distinguent en cela des méthodes qui impliquent un protocole précis et intangible subordonnant la validité du résultat au suivi rigoureux de ce protocole (méthode expérimentale par exemple). (Pedieli, 2005, p.9-14.).

- **L'étude de cas**

Dans notre travail de recherche, on s'est référé à la méthode de l'étude de cas, cette dernière qui va nous permettre d'étudier et d'analyser les cas de notre population d'étude.

L'étude de cas est bien une construction du clinicien reposant sur une façon de solliciter puis de considérer, des informations émanant du patient : le sujet ne « fait pas son étude de cas » ! mais c'est lui qui parle de lui, en se posant comme objet de son discours, elle commence donc par la manière dont le sujet parle de lui. Son discours n'est pas un écho, voire le sollicite.

L'étude de cas n'est pas un journal intime, mais l'effet de la rencontre entre un sujet qui présente un problème, en parle et un psychologue qui produira l'étude de cas.

Etude désigne « l'effort intellectuel orienté vers l'observation et la compréhension parler d'« étude de cas » implique donc que la singularité et l'originalité ne se suffisent pas à elle-même, mais qu'elles doivent faire l'objet d'une action, d'une méthode, pour les faire apparaître : étudier un cas c'est bien le découper parmi les autres comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, lui faire subir une analyse(et non pas le laisser se présenter tel qu'il est : étudier n'est ni photographier ni raconter) on mesure alors les points de convergence avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences(analyse, transformer, faire apparaître..... etc.).

Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenues actuelles et passées. Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignages de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle difficulté de vie importante. Cette

description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. (Chahraoui, et Bénony,, 2005, p.125).

2.La population d'étude

2.1. Sélection de notre population d'étude

Suivant la déontologie et l'éthique de la recherche en psychologie clinique. On a demandé le consentement des patients hémodialysés afin de participer dans la réalisation de notre travail de recherche.

On a opté à investiguer avec six (6) patients, atteints d'insuffisance rénale, leurs âges varient entre 32ans et 38ans, avec lesquels on a travaillé dans l'anonymat en gardant la confidentialité où on a opté à changer et à modifier leurs prénoms.

➤ Critères retenus

- Tous les cas choisis partagent la même maladie ; l'insuffisance rénale chronique et se traitent tous par la dialyse.
- Tous les cas n'ont pas subi la transplantation rénale.
- Tous les cas sont à l'âge adulte. Car à cet âge la personnalité des individus sera plus structurée.

➤ Critères non retenus

- Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération, car une maladie peut atteindre n'importe qui.
- La situation matrimoniale n'est pas prise en considération, parce que la maladie peut toucher les maries ainsi que les célibataires.
- La dimension du sexe du patient n'est pas prise en considération, puisque la maladie touche les deux sexes.

Tableau 1. Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude.

Cas	Sexe	Age	Niveau scolaire	Situation matrimoniale	Début de la dialyse
Brahim	Homme	36ans	6 ^{ème} année primaire	Célibataire	2009
Abdenour	Homme	35ans	BEF	Célibataire	2005
Akila	Femme	34ans	BEF	Célibataire	2003
Youcef	Homme	37ans	8 ^{ème} année	Marié	2017
Wahid	Homme	34ans	6 ^{ème} année primaire	Célibataire	2018
Ghania	Femme	32ans	BEF	Célibataire	2018

Le tableau ci-dessus représente les cas étudiés, au service d'hémodialyse au sein de l'hôpital Franz fanon de Bejaia. Ce tableau nous a permis d'englober les différentes caractéristiques des cas ; l'âge, la profession, la situation matrimoniale, ainsi que le début de la dialyse. Et on a opté au changement des noms pour garder la confidentialité indiquée par la déontologie et l'éthique de la recherche en psychologie clinique.

3. Les techniques utilisées

3.1. L'entretien de recherche et l'entretien clinique

Comme le rappellent Blanchet et Gotman (1992) : « s'entretenir avec quelqu'un est, davantage encore que questionner, une expérience, un événement singulier, que l'on peut maîtriser, coder, standardiser, professionnaliser, gérer, refroidir à souhait, mais qui comporte toujours un certain nombre d'inconnues (et donc de risques) inhérentes au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire, et non pas simplement d'un prélèvement d'information ». (Cyssau, 1999, p.60). L'entretien de recherche peut être présenté de deux manières. Il peut être analogue à l'entretien clinique mais c'est son contenu qui est traité différemment : on analyse

alors, dans un but de recherche, un entretien clinique réalisé dans un autre objectif. Il peut aussi s'agir d'un entretien dont les objectifs sont définis à l'avance et qui est construit pour un type de recueil préétabli. Dans le premier cas on se situe dans l'axe de pratique clinique définie par une méthode naturaliste sur laquelle on opère un travail rétrospectif, dans le second cas (recherche planifiée) le recueil des données et de validation des hypothèses.

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens à un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en ce centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en science sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet- dans le sens, évidemment, ou l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique (Blanchet, 1997). En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (Benony, Chahraoui, 1999, p.11-12).

Selon A. Blanchet : l'entretien permet d'étudier les faits dont parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes, etc.). Ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implication).

a. Entretien semi-directif

Parmi les diverses formes possibles de collecte d'informations orales, le psychologue clinicien accorde une importance particulière à l'entretien semi-directif, nommé aussi entretien centré ; il préfère ces appellations à celle d'entretien non directif dans la mesure où il choisit et annonce au préalable le thème ou les thèmes et dispose d'un guide d'entretien. Comme le plan et la grille d'observation, le guide...

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

ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Benony, Chahraoui, 1999, p.16). L'entretien semi-directif où le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit.

b. Attitude clinique du clinicien

Les aspects techniques de l'entretien clinique (non-directivité et semi-directivité) sont indissociables de l'attitude clinique du clinicien.

I. Non-directif

La notion d'attitude clinique est proche de la conception de la non-directivité qui peut se définir de la manière suivante.

La non-directivité, c'est d'abord une attitude envers le client. C'est une attitude par laquelle le thérapeute se refuse à tendre à imprimer au client une direction quelconque, se refuse à penser ce que le client doit penser, sentir ou agir d'une manière déterminée. Il s'agit donc d'une attitude où la centration sur le sujet est l'élément essentiel. (Bénony, Chahraoui, 1999, p.17-18).

II. Respect

L'attitude clinique relève d'une véritable attitude déontologique et éthique. Elle implique le respect du sujet. Il s'agit naturellement du premier principe du code de déontologie des psychologues signé par les associations représentant les psychologues et enseignants-chercheurs en psychologie.

Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. Cela concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur dignité, de leur liberté, de leur protection, le secret professionnel et le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Au niveau de l'entretien clinique, l'on doit appliquer cette position éthique qui peut se traduire de manière générale par le respect de la personnalité du sujet, le respect de ses appartenances sociales, culturelles et professionnelles, le respect de certains aménagements défensifs qui n'ont pas

toujours en soi une valeur négative mais peuvent avoir aussi une valeur protectrice pour le sujet : dans certains cas, le déni de l'angoisse peut aider le sujet à surmonter momentanément des épreuves pénibles ou traumatiques. (Bénony, Chahraoui, 1999, p. 18).

III. Neutralité bienveillante

La notion de respect implique un autre élément de l'attitude clinique : la neutralité bienveillante. Le clinicien ne doit pas formuler de jugement, de critique ou de désapprobations à l'égard du sujet. Toutefois, à la bienveillance ; il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement. (Bénony, Chahraoui, 1999, p. 18).

IV. Empathie

Une dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique ; il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive. Selon C. Rogers, il s'agit de sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans oublier la qualité de « comme si » sentir les colères, les peurs, et les confusions du client comme si elles étaient les vôtres, et cependant sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles ; telle est la condition que C. Rogers essaye de décrire. L'empathie du clinicien apparaît comme un principe clé de la psychothérapie et de son efficacité (Bénony, Chahraoui, 1999, p.18-19).

c. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est défini comme un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention qui devront être abordés par l'interviewer durant l'entretien, en fonction de la dynamique interlocutoire. (Ferlandez, 2001, p.77).

Information Personnel :

- Quel est votre Nom ?
- Quelles est votre date de naissance ?
- Quelle est votre Situation matrimoniale ?
- Combien de frères et sœurs avez-vous ? Et quel est votre position dans cette fratrie ?
- Quelle est votre profession ?

- Quel est votre niveau d'instruction ?

AXE 1 : Information de santé actuelle et précédant :

Dans ce premier axe on va essayer d'englober des informations qui concernent l'état de santé actuelle et antérieure de nos cas.

- Quelle est la date de votre première séance ?
- Quelle sont les causes pour vous qui ont provoqué votre insuffisance rénale ?
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale avant ?
 - Suivez-vous un régime alimentaire ? Est-il pénible ?
 - Quelles sont les complications et maladies qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?
 - Avez-vous déjà été greffé ?
 - Actuellement, avez-vous un projet de greffe ?
 - Y a-t-il d'autres personnes de votre famille atteintes de la même maladie ?

Axe2 : Information concernant la relation d'objet

Dans cet axe l'intérêt sera porté sur les relations d'objet de nos sujets.

- Qu'elle est votre relation avec les infirmiers
- Qu'elle est votre relation avec les médecins ?
- Qu'elle est votre avis sur ce centre ?
- Vous appréciez quand on vous change de place et de machine ? Si c'est non pourquoi ?
- Est-ce que vous ressentez un changement de votre famille et vos amis envers vous depuis votre maladie ?

AXE 3 : Dépression

Les questions posées dans ce dernier axe ont pour objet de cerner et de déterminer la dépression chez ces patients.

- Avez-vous souffert déjà souffert d'un trouble psychologique (dépression, troubles de l'humeur, Troubles du comportement alimentaire, phobie,) ?

- Qu'elle était votre réaction lors de l'annonce de votre maladie ?
 - Comment vous voyez votre maladie ou votre situation actuelle ?
 - Avez-vous des sentiments de culpabilité suite à votre situation actuelle ?
 - Avez-vous un sentiment de tristesse ?
 - ça vous est déjà arrivé de vouloir quitter la dialyse ?
 - ça vous arrive de vous énerver pour une chose stupide ?
 - Comment vous avez fait pour vous habituer à cette situation ?
 - Avez-vous des sentiments d'isolement ?
 - Comment vous voyez votre avenir ?
 - Avez-vous des projets pour le futur ?
 - Quel est la qualité de votre sommeil depuis que vous avez cette maladie ?
 - Comment vous voyez la défaillance de vos reins ?
 - Comment vous voyez la perte de vos urines ?
 - Comment elle est la qualité de votre vie sexuelle avec votre conjoint(e) ?
 - Vous avez des regrets pour votre vie d'avant ?
 - Vous avez quelque chose à rajouter ?

3.2 L'échelle de Beck

Afin de compléter le recueil des données auprès de nos cas nous avons utilisé le BDI-II (l'inventaire de Dépression de Beck révisé) Plus connu sous le nom de l'échelle de Beck, qui est un questionnaire d'auto-évaluation destiné à mesurer la sévérité de la dépression chez les sujets à partir de 16 ans. Il est composé de 21 items. Le BDI-II a été élaboré pour évaluer les symptômes correspondant aux critères diagnostiques des troubles dépressifs selon le DSM-IV (1994 ; version française 1996). Trente-cinq années de recherche et d'expérience avec la première version BDI ont conduit les auteurs à réviser la version modifiée : le BDI-II (Beck, et cols, 1998. p.1).

•L'origine du BDI-II

Le BDI-II était issu de l'instrument d'origine (BDI), élaboré par Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh (1961). Pour le BDI-II, quatre items (Perte de poids, Modification de l'image corporelle, Préoccupations somatiques et Difficulté à travailler) ont été éliminés et quatre items ont été créés (Agitation, Dévalorisation, Difficulté à se concentrer et Perte d'énergie). Ces quatre nouveaux items devraient permettre de détecter des symptômes caractéristiques d'une

dépression grave ou d'une dépression qui nécessiterait une hospitalisation. Deux items ont été modifiés afin d'évaluer aussi bien l'augmentation que la diminution de l'appétit et du sommeil. D'autres items du questionnaire ont été réécrits. Le BDI-II constitue une importante révision, bien plus que ne l'avait été le BDI-I. (Beck, et coll, 1998, p.1).

Considération générale

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

Temps de passation

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

La consigne

Cette échelle comporte 21 groupes d'énoncés. On donne la consigne suivante, veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) aux cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si dans un groupe d'énoncé vous en trouvez plusieurs qui semble décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe N° 16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N° 18 (modification de l'appétit) (Beck, A, 1997, p.182).

Mode de cotation

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

4. Analyse des techniques utilisées

4.1 Les données de l'entretien clinique

- La santé physique
 - Santé actuelle et antérieur
 - Les effets de la maladie d'insuffisance rénale.
- La santé psychologique
 - La réaction du patient à sa maladie.
 - Activité Vitales du patient (sommeil, appétit ...)
 - Expression, souvenirs et projets d'avenir du patient.
- Les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle
 - Relations avec la famille.
 - Relations avec le milieu hospitalier et professionnel.
 - Vie sexuelle.
- la dépression.

4.2 Analyse de l'échelle de dépression de Beck

Cotation

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

Faire attention aux items « Modification dans les habitudes des sommeils » (item16) « Modification de l'appétit » (item18), pour lesquels 7 réponses sont possibles (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a et 3b) afin d'évaluer l'augmentation ou la diminution dans ces comportements, pour établir un diagnostic, le clinicien devra être attentif au sens dans lequel va ce symptôme. (Beck, et coll ,1998, p.9).

•Les normes de la dépression

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

Interprétation des notes

Le choix des notes seuils au BDI-II doit être basé sur les considérations cliniques ainsi que sur l'objectif de l'évaluation. Les études américaines ont utilisé différentes procédures permettant l'établissement des notes seuils pour l'évaluation de la gravité de la dépression chez des patients présentant un trouble dépressif majeur. La décision d'adopter d'autres seuils pour le BDI-II doit s'appuyer sur les caractéristiques de l'échantillon et sur l'objectif de l'évaluation. Si le but de l'évaluation est d'être le plus fin possible dans le dépistage de dépression, il faut alors abaisser le seuil afin d'éviter les « faux négatifs ». Dans ce cas, le nombre de « faux positifs » va augmenter, mais ceci peut être utile pour diagnostiquer tous les cas de dépression.

Dans l'interprétation des notes au BDI-II, il faut garder à l'esprit que les réponses du sujet peuvent être biaisées, comme pour tout questionnaire d'auto-évaluation. En effet, certains sujets peuvent avoir tendance à déclarer plus de symptômes qu'ils n'en ressentent en réalité et donc, à élever leur note, alors que d'autres sujets auront tendance à nier leurs symptômes et donc à abaisser leur note. De plus, le BDI-II permet de mettre en évidence un degré de dépression, et non de poser un diagnostic de dépression. Seul un examen clinique permet d'établir un tel diagnostic et d'évaluer la gravité de cette dépression. (Beck, et coll, 1998, p.10)

Conclusion

Le chapitre méthodologique joue un rôle principal dans notre recherche, c'est la base sur laquelle se construit l'étude empirique. La méthodologie permet un bon usage des techniques d'investigation ainsi que l'analyse des données recueillies, elle assure l'organisation et la planification de cette recherche portée sur « la dépression chez les insuffisants rénaux chroniques » ; afin de vérifier les hypothèses élaborées au début de notre recherche.

Chapitre VI

Présentation, discussion et analyse des résultats

- **Cas Brahim 36ans**

Brahim est un patient âgé de 36 ans, originaire de Bejaia, et qui est le benjamin d'une fratrie de 3 frères, célibataire, vivant chez ses parents de bonne constitution physique et ayant un niveau d'instruction de 6ème année primaire, il était peintre, actuellement en invalidité, soigné par l'hémodialyse depuis 2009.

1- La santé physique actuelle et précédente

➤ La santé antérieure et actuelle

Durant sa jeunesse, Brahim était en très bonne santé physique, aucune maladie grave ou chronique, en disant : « Quand j'étais en pleine santé, j'ai jamais cru qu'un jour je vais tomber malade d'une maladie comme celle-ci »¹, Mais avant sa première séance en dialyse Brahim a été hospitalisé durant 15 jours pour un enfllement des pieds en disant « j'étais hospitalisé pour mes pieds qui se gonflent, et j'ignorais c'est quoi la raison, alors que le médecin m'a dit de faire attention à ma santé sinon je risque la machine à vie, et j'ai pas pris en considération ce qu'il me disait et j'ai repris mon travail »². Après 1 mois d'hospitalisation, Brahim a attrapé l'insuffisance rénale chronique.

➤ Les effets de la maladie d'insuffisance rénale

Sa maladie des reins n'est pas héréditaire, elle a engendré l'hypertension artérielle (HTA). L'insuffisance rénale chronique est la complication pour lui de l'ignorance aux conseils du médecin et l'inobservance médicamenteuse et manque de repos, et avec cette maladie Brahim a été contraint de suivre un régime stricte et pénible d'après lui

2- La santé psychologique

➤ La réaction du patient à sa maladie

Lors de l'annonce de la maladie, Brahim n'a eu aucune réaction faute de connaissance de cette maladie, mais après les explications du médecin et lui avoir annoncé qu'il va rester à vie avec le générateur c'est là qu'il a commencé à paniquer et avoir peur, disait Brahim « au début

¹ Assmi ligh se sehaw jamas nighas adgheligh adhelkegh s lehlak amwayini

² Ligh gu sbitar fitarniw gonflin mais oualimeghara dachu desba, oombaa teviv inayid hader imanik si non atkimet a vie wahid temachint, ou neky ousoughighara el rai roheugh keleugh ghur el khedma

je ne connaissais pas cette maladie et je n'avais pas du tout peur, mais après avoir annoncé que j'allais rester toute ma vie comme ça relié à cette machine-là, et c'est à cet instant là que j'ai commencé à paniquer et avoir peur et à penser tout le temps à ça »³.

➤ **Activité Vitales du patient (sommeil, appétit ...)**

Brahim n'a aucune perturbation et pas de manque de sommeil depuis qu'il est tombé malade, en disant « je dors le plus normalement possible, et je n'ai pas de manque de sommeil et je me souviens pas de mes rêves »⁴, et il a perdu l'appétit par rapport à avant quand il était en pleine santé.

➤ **Expression, souvenirs et projets d'avenir du patient**

Brahim regrette sa vie d'avant et les activités qu'il faisait avant, et de ce qui de son futur il est pessimiste, il regrette la vie d'avant comme paradis perdu, et pour ses projets d'avenir il n'a pas d'idées ni de ce qu'il va faire, d'après ses dires « ma vie d'avant me manque, et de ce qui est de mon avenir je le vois noir carrément, il n'y a pas d'avenir du tout, et j'ai rien décidé de ce que je vais faire de mon avenir parce que je n'ai pas d'argent »⁵.

3- Les caractéristiques de la relation d'objet et la vie sexuelle

➤ **Relations avec la famille**

Depuis que Brahim est tombé malade de l'insuffisance rénale chronique il a dû constater un changement de la part de sa famille en l'ignorant et en le rejetant à cause de sa maladie en disant, « ce n'est pas la même chose comme à l'époque quand j'étais en bonne santé et maintenant, il y a énormément de changement après ma maladie, tout le monde m'ont tournés leurs dos »⁶ et même sa mère qui voulait lui donner un rein elle a changé d'avis parce que, des personnes de sa famille ont informé sa mère des risques qu'elle pourrait avoir, après l'extraction du rein donc elle a changé d'avis et a refusé ce don.

³ Abrid amzwar ousnighara lehlakayini donc oukhliaghara, mais mi iydenan adkimegh aka a vie tewaknegh ghur temachintayini, imirent ibdigh kelkegh, khelaagh ernigh tekhemimegh arwanechteny dine ken.

⁴ Ganeugh normal ikel, oussaighara nikssan gu noudam, mayla dachou iwegagh ouchfighara felas

⁵ Dounithiw noukbek khalegh felas, ayen iditedoun zareghth noir ike, oulach l'avenir, ouraad khememegh chou adkhemegh ghur zath labouda oulach idrimen

⁶ Matchi amzik miligh s sehaw d toura, bzef ibdlen gumi ihelkegh, meden ak dewreniyid souarour

➤ Relations avec le milieu hospitalier et professionnel

Brahim a de bonnes relations avec le personnels hospitalier que ça soit avec les médecins, les infirmiers et même avec les autres patient sauf avec la psychologue ou il aimerait la tué parce qu'il la trouve elle fait pas son travaille correctement et elle parle toujours sur lui auprès des autres praticiens au niveau du service, d'où Brahim disait « Si je trouve je vais la tué le plus normalement possible »⁷ ; et pour le service il le trouve mauvais et il le vois comme un abattoir d'après ses dires : « c'est un mauvais service, quand je rentre ici comme si j'allais faire face et affronter la mort »⁸, et pour lui le changement de lit et de générateur lui tout à fait égale l'essentiel c'est de faire sa séance de dialyse « je m'enfou qu'ils me changent de place, l'essentiel c'est de faire ma dialyse »⁹. Et de ce qu'est ses anciens collègues au travail, il avait de bonne relation avec eux pour lui c'était comme ça deuxième famille, puisque il a quitté le domicile familiale pour aller s'installer à Alger.

➤ La vie sexuelle

Pour le coté sexuelle chez Brahim on n'a pas pu avoir beaucoup d'information et si il a des problèmes sexuelles du fait qu'il est célibataire, mais d'après lui il a tjrs des envie mais pas comme avant.

4- La dépression

À la salle de dialyse on a constaté que Brahim souvent se couvre le visage et ne parle à personne en plus de ça il s'est laissé aller, sa tenue vestimentaire est comme chez les vagabonds. Il voit que sa vie, dont il est en train d'emmener n'a aucun sens, il se sent étranger et toujours triste d'humeur; pour lui, trois séances de dialyse par semaine c'est dur. Brahim a tendance à s'isoler et s'enfermer, il est distrait et pensif à sa situation actuelle, et aussi il est irritable accompagnée des envie de tuer la personne qui l'énerve comme la psychologue du service. Brahim est pessimiste, il pense n'y aura pas d'amélioration à l'avenir.

⁷ Ouken adafegh atenghegh normal ak

⁸ El service ikers dirith, mara adkchmegh ghur dayini amaken tedough adzreggh el mouth

⁹ Ouytouiara el meana mara aybadlen amkan, l'essentiel adkhetthem la dialisynou

➤ Résumé de l'entretien

Après avoir analysé les données de l'entretien du cas Brahim, On a constaté que Brahim a une tenue vestimentaire des vagabonds, il se laisse aller, Il voit que sa vie est inutile. Il se sent étranger et toujours d'humeur triste; pour lui, trois séances de dialyse par semaine, c'est très dur. Brahim a tendance à s'isoler et s'enfermer et ne pas avoir envie de parler à personne, il est distrait et pensif à sa situation actuelle. En outre, Brahim est irritable avec des envies de tuer celui qui l'énerve comme la psychologue du service, donc il est dans le passage à l'acte. Brahim est pessimiste et ressent qu'aucune amélioration de son cas à l'avenir.

Tableau 2. Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Brahim

Les Items	Cotations	Expressions
Tristesse	2	Je suis tout le temps triste.
Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
Échecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
Sentiments de culpabilité	3	Je me sens tout le temps coupable.
Sentiment d'être puni(e)	1	Je sens que je pourrais être puni(e).
Sentiments négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
Attitude critique envers soi	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
Pensées ou désirs de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
Pleurs	0	Je ne pleure pas plus qu'avant.
Agitation	1	Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
Dévalorisation	2	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.
Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup plus que d'habitude.
Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
Modifications de l'appétit	1a	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
Fatigue	3	Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
Perte d'intérêt pour le sexe	2	Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
score	33	
Degré de dépression	Sévère	

➤ **L'analyse de l'échelle de dépression de Beck**

Après la cotation des items du cas Brahim, il a eu un score de 33 qui correspond à la dépression sévère comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Brahim a une légère perte de plaisir, item numéro 4 dont on a coté le degré de 1 « Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant », et une humeur triste, item numéro 1, ou on a coté le degré 2 « Je suis tout le temps triste ». Parmi les items les plus élevés l'item numéro 2 qui porte sur le sentiment du pessimisme, dont on a coté le degré de 3 « J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer », et l'item numéro 5 qui porte sur le sentiment de culpabilité, ou on cote le degré de 3 « Je me sens tout le temps coupable », et aussi dans l'item numéro 7 qui porte sur le Sentiments négatifs envers soi-même, on cote le degré de 3 « Je ne m'aime pas du tout ».

➤ **Résumé du cas**

Après avoir analysé les données de l'entretien du cas Brahim, On a remarqué que Brahim porté une tenue vestimentaire des vagabonds, il se laisse aller, il voit que sa vie est inutile. Il se sent étranger et toujours d'humeur triste ; pour lui, trois séances de dialyse par semaine, c'est très dur. Brahim a tendance à s'isoler et s'enfermer et ne pas avoir envie de parler à personne, il est distrait et pensif à sa situation actuelle. En outre, Brahim est irritable avec des envies de tuer celui qui l'énerve comme la psychologue du service. Donc Brahim est dans le passage à l'acte, il est pessimiste et ressent qu'aucune amélioration de son cas à l'avenir

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck montre que Brahim souffre d'une dépression sévère 33 accompagné par des symptômes tel que la culpabilité, la fatigue, le pessimisme, elle se manifeste aussi par une perte d'intérêt et des sentiments négatifs envers soi-même ainsi qu'une baisse de la libido.

- **Cas Abdenour 35 ans**

Il s'agit d'Abdenour âgé de 35ans, originaire de Béjaïa, et qui est le 1^{er} d'une fratrie de 06 enfants, célibataire, qui vit dans la maison familiale avec sa mère et sa sœur, d'une bonne constitution physique, maigre, de taille moyenne, une peau jaunâtre, des dents endommagées et de couleur marron, Abdenour a un niveau d'instruction de 9^{ème} année (BEF), il est actuellement en arrêt de travail et n'a aucun revenu, sa profession était mécanicien de véhicules, Il est admis en hémodialyse depuis 2005.

1- La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Avant de tomber dans l'insuffisance rénale chronique, Abdenour avait l'hypertension artérielle (HTA) qui a débuté en 2004 qui veut dire un an avant de tomber dans l'IRC d'après ses dires : « avant ma maladie de l'insuffisance rénale j'avais une hypertension qui a débuté en 2004, et à part ça je n'ai rien d'autre, j'étais en bonne santé »¹⁰. Abdenour pense que c'est le HTA qui est engendré sa maladie. Quelques mois avant son atteinte, Abdenour présente des douleurs urinaires, qui persistait même après la prise du traitement prescrit par le médecin traitant, après un résultat négatif Abdenour a consultait un autre médecin qui a diagnostiqué son insuffisance rénale chronique. disait « ah... la cause ? Bah c'est l'hypertension qui ma provoquer cette maladie, mais ce qui m'a poussé à consulter le médecin c'est les douleurs que j'avais quand j'urinais, et il m'a donné des médicaments mais c'était sans effet, alors j'ai consulté un autre médecin qui ma directement envoyer faire des analyses et des radios, et les résultats étaient choquants, c'est les reins qui ne fonctionnaient pas et c'est à ce moment-là que j'étais admis ici »¹¹.

- **Les effets de la maladie d'insuffisance rénale.**

L'insuffisance rénale d'Abdenour n'est pas d'origine héréditaire, sa cause était l'hypertension artérielle (HTA). Pour lui cette insuffisance rénale chronique n'engendrait pas de complication, juste un peu de fatigue quand il termine sa séance de dialyse.

¹⁰Avant mara adhlkegh s't guzliniw, ligh saigh la tension, tebdavid en 2004, a part tayini ousaigh oumadazou ligh bien.

¹¹Ah ... la cause ? bah d la tension iydi provokin lehlakayini aysaigh assegass akbel, mais dachou iykelken rohegh zrih teviv d lekrih mara adsmiregh aman n tassa, ombaa ifkayid el dewa maana oulach l'effet, alors roheugh zrih tbib yiten ifakyid khethmegh les analyse d les radios, apres ifghed d tigu zliniw iguaaian

2- La santé psychologique

- **La réaction du patient a sa maladie.**

Abdenour était choqué et bouleversé lors de l'annonce de sa maladie, il a failli perdre conscience, et ne savait pas quoi faire ni ou aller, et il veillait et il avait des insomnies, il pensait qu'à sa maladie, d'après ses dires : « la première fois j'étais choqué, j'étais dans un état, je ne sais pas comment te le dire, j'ai même failli perdre conscience, et je me demandais quoi faire, ou aller... et même quand le soir arrive je pense toujours à ça et j'arrive pas à dormir »².

- **Activité vitale du patient (sommeil, appétit ...).**

Abdenour a des perturbations de sommeil, il dort plus par rapport aux premiers jours et qui a du mal à se réveiller, en disant « ah le sommeil..., c'est une catastrophe, je dors beaucoup par rapport à avant, je suis comme un bébé si je dors, et j'ai du mal à me réveiller »³, et de ce qui est de l'appétit chez Abdenour, il y a eu du changement d'après lui, il a perdu l'appétit « j'ai perdu l'envie de manger, et quand je vois de la nourriture je commence à avoir des nausées, je suis éœuré et ça me dégoûte »⁴, et de notre part nous avons même constaté lors de nos entretiens avec lui, quand le personnel lui amène des repas à manger, il refuse de les prendre.

- **Expression, souvenirs et projets d'avenir du patient.**

Abdenour a beaucoup de mauvais souvenir, il a tendance à parler d'une fille qui était sa copine dont il envisageait de l'épouser et fonder une famille, mais quand il est tombé malade il a été contraint de lui dire de ce qu'il lui arrive et de la laisser tomber, alors que lui il l'aimait vraiment et qu'il est toujours amoureux d'elle jusqu'à ce jour présent, et toujours il cherche après elle de ses nouvelles et l'appelle régulièrement. Abdenour ne projet pas des projets dans le futur, et il n'a jamais regardé au loin et il ne peut pas regarder dans le futur tant qu'il n'a pas de travail : « Mais, quel avenir ? je n'ai jamais regardé ni au loin ni au futur, on ne peut pas regarder ni voir l'avenir si on n'a pas de travail »⁵. Le projet qu'Abdenour veut réaliser n'est pas encore clair pour lui, il aurait des idées et de ce qu'il fera qu'après avoir trouvé un poste de travail stable, il disait « j'ai envie tout d'abord de trouver un poste de travail en adéquation avec mes capacités physiques et

¹²Abrid amzwar ligh choqui, ligh gyiweyth el ahal, oualimeughara amek aktidinigh, terna krib doukhegh, karegha dachou akhethmegh, anda adrohegh, meme leacha mara adilhektkhemimegh toujours felas, oumbaa ouganeghara

¹³Ah noudam...d la catastrophe, ganegh bezef par rapport ar zik, tekalegh am el bebe mara adynegh, et zayegh bach adkregh

¹⁴Terohiyi nefha nel makla, mara azaregh el makla beghough aderegh, tesmoukayid

¹⁵Wachu l'avenir ? Jamais talegh ghur libaid nigh ghur zath, ounezmirara antil nigh ankhzer ghur l'avenir mayla oulneseara el khethma

c'est par là que je vais avoir des idées et de ce que je vais faire de mon avenir, parce que sans argent on peut rien faire »¹⁶. En ce qui concerne le projet de greffe Abdenour a évité d'aborder ce sujet avec nous.

3- Les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle

- **Relations avec la famille**

Abdenour a de bonne relation avec sa mère et sa sœur, elles ne l'ont jamais abandonné, toujours à ses côtés, à part ça il y a eu beaucoup de changement dans le comportements des autres personnes, tout le monde l'a abandonné que ça soit ses amis, de sa copine qui a rompu avec lui, sa famille (à part sa sœur et sa mère), on lui a demandé des informations concernant son père parce qu'il n'a jamais parlé de lui durant l'entretien, Abdenour dit qu'il déteste son père parce qu'il les a abandonnés quand ils étaient petits, et qu'il a refait sa vie, et pour lui il n'existe plus.

- **Relations avec le milieu hospitalier et professionnel**

Abdenour entretenait de bonnes relations avec l'équipe paramédicale, il nous affirme qu'il a un transfert positif envers la psychologue, elle est très bonne même du fait qu'Abdenour aime s'exprimer, vu qu'elle la bien pris en charge, Abdenour a de bonne relation avec les autres patients, mais pour les médecins, il déclare qu'il ne les connaît pas

Concernant le côté professionnel Abdenour a dit qu'il avait de bonnes relations avec ses collègues avant son atteinte mais juste après ils lui ont tourné le dos et ils l'ont abandonné et personne n'a demandé de ses nouvelles. Abdenour qualifie la situation du service d'hémodialyse, d'une situation médiocre, il a envie de ne plus revenir et abandonner sa dialyse, il dit « Si je trouve je ne vais jamais revenir ici et je vais abandonner la filtration de mon sang »¹⁷, et pour lui le changement de lit et de générateur le dérange énormément, il n'aime pas du tout ça, son envie quand il arrive au service c'est de trouver le lit et le générateur ou il dialyse libre « j'aime pas du tout quand on me change de place, j'ai l'habitude de faire sur ce lit et avec ce générateur, ça me permet de rester à l'aise et tranquille et sans aucun dérangement, ça me met à l'écart et je parle à personne »¹⁸.

¹⁶Lehadja tamzwarth ibigh, adafegh el khethma ayisaaden sehaynu, gu sinna aydassent les idées gu dachou ara adbhough adkhethmegh ghur zath, laboud mebla idrimen ounzmer anekththem oumadazouh

¹⁷Ouken adafegh jamais adaoudegh aeklegh ar dayini, wa adejegh asefy nidamen ayini.

¹⁸Ourethibighara ikel mara aybadlen amkan noumeugh khedmegh dayini wahid temachintayini, tajayi adkimeugh guel akliw tranquille oulach dérangement, tajayi beadegh terna ourhedregh iyiwen.

- **Vie sexuelle**

Abdenour vit une situation de perte de plaisir, où il nous affirme qu'il a perdu son plaisir, sa vie sexuelle a été affecter par son insuffisance rénale. Abdenour déclare qu'il a perdu ses envies sexuelles, mais au moment actuel il essaye de retrouver son plaisir d'une autre manière en nous expliquant : « j'ai perdu cette envie que tout le monde ressent, ce n'est pas comme avant, maintenant je le fais avec les yeux mais pas de pratique »

4- La dépression

Abdenour voit sa vie comme un point d'interrogation, il manifeste un manque de sommeil, ainsi qu'un manque d'appétit en disant : « j'ai perdu l'envie de manger, et quand je vois la nourriture devant je suis nausée. Il présente une humeur triste, Abdenour s'énerve facilement pour des petites choses, il est dans l'irritabilité. Dans ses habitudes il aime rester à l'écart des gens et de ne parler à personne.

Abdenour ne projeta pas des projets dans l'avenir, son seul souhait c'est de trouver un poste de travail. La défaillance de ses reins, il la voit comme une grande perte dans son corps et qui a un énorme impact sur lui.

➤ Résumé de l'entretien

Après avoir analysé les données de l'entretien du cas d'Abdenour, on a déduit qu'il présente des symptômes dépressifs qui sont liés à son insuffisance rénale chronique.

Abdenour ne présente pas des perturbations de sommeil, « ah le sommeil..., c'est une catastrophe, je dors beaucoup par rapport à avant, je suis comme un bébé si je dors, et j'ai du mal à me réveiller », il manifeste un manque d'appétit. Le patient refuse de parler avec les gens, et d'après ses dires il s'énerve pour la moindre des choses. Donc on constate ici que le patient est dans l'irritabilité et l'isolement.

Le dysfonctionnement rénal a causé une blessure narcissique chez Abdenour. La dépression qu'Abdenour présente se manifeste par des sentiments pessimistes, fatigue, et le désespoir.

Tableau 3. Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck d'Abdenour

Les Items	Cotations	Expressions
Tristesse	2	Je suis tout le temps triste
Pessimisme	1	Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir
Échecs dans le passé	2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
Perte de plaisir	0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
Sentiments de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
Sentiment d'être puni(e)	1	Je sens que je pourrais être puni(e).
Sentiments négatifs envers soi-même	2	Je suis déçu(e) par moi-même
Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
Pensées ou désirs de suicide	2	J'aimerais me suicider.
Pleurs	3	Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.
Agitation	3	Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose
Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
Indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions
Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant
Modifications dans les habitudes de sommeil	1a	Je dors un peu plus que d'habitude.
Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
Modifications de l'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
Difficulté à se concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.
Fatigue	2	Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant
Perte d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins qu'avant
score	32	
Degré de dépression	sévère	

➤ Analyse de l'échelle de Beck

Abdenour présente un score de 32 points correspondant à une dépression sévère comme l'indique le manuel de l'échelle de Beck.

On a trouvé des items élevés qui indiquent un processus dépressif, comme dans l'item N°1 relatif à la tristesse on a coté le degré 2 pour sa réponse : « je suis tout le temps triste. » sa maladie et l'abondance de ses amis ainsi que de son père l'ont beaucoup perturbé et rendu triste, c'est ce qu'on a remarqué dans l'item N°10, il exprime un grand sentiment de peine il nous répondant : « je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable ». Abdenour manifeste une agitation : « je suis si agité ou tendue que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose ». Le patient présente d'autres signes comme dans, l'item N°19 où on a coté le degré 3 pour sa réponse : « je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit ». Le patient manifeste un manque d'appétit : « je n'ai pas d'appétit du tout ».

Dans l'item N°3, le patient parle d'un échec dans son passé : « quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec ». Ce dernier le rend furieux et a engendré en lui un sentiment de culpabilité, chose qu'on a détecté à travers sa réponse dans l'item N°5 : « je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou j'aurais dû faire ». Il manifeste aussi un sentiment négatif envers soi-même dans l'item N°7 : « je suis déçu par moi-même. ».

Abdenour présente d'autres signes dépressifs qui sont la perte d'intérêt dans l'item N°11 : « je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses. ». De plus, il manifeste une perte d'énergie « je n'ai moins d'énergie qu'avant ». Suivie d'une fatigue permanente exprimée dans l'item N°20 « je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant ». Abdenour manifeste des pensées ou désirs de suicide qui sont indiqués dans l'item N°9, où on a coté le degré 2 pour sa réponse : « j'aimerais me suicider ».

D'autres signes apparaissent chez Abdenour comme les difficultés à se concentrer à se concentrer, indécision, dévalorisation. Et on a remarqué que le patient a une perte pour la sexualité dans l'item N°21, en nous répondant : « le sexe m'intéresse moins qu'avant ».

➤ Résumé du cas

La dépression d'Abdenour est parvenue à cause de son insuffisance rénale et aussi par l'abondance de son entourage, sauf sa sœur et sa maman qui l'ont soutenu. La maladie d'Abdenour a engendré en lui la perte de sa fonction urinaire et sexuelle. Ce sont ces deux facteurs qui ont

influencé sur son état psychique et ont engendré en lui un sentiment de culpabilité, de fatigue, une blessure narcissique accompagnée par d'idées suicidaires.

L'analyse des données de l'entretien et de l'échelle de dépression de Beck, nous a révélé que Abdenour souffre d'une dépression sévère dont le score est 42points, caractérisée par une tristesse, pleurs, agitation, sentiment pessimiste et de culpabilité ainsi qu'une irritabilité et une fatigue liées à son atteinte et son vécu.

- **Cas Akila 34ans**

Il s'agit de la patiente Akila, âgée de 34ans, la dernière d'une fratrie de six enfants, d'une taille moyenne, blonde, yeux marrons, avec un regard triste, elle vit avec sa famille, célibataire, sans profession, avec un niveau de construction de 9^{me} année. (BEF).

1- La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Durant sa jeunesse, Akila ne présentait aucun problème organique, Elle n'a jamais subi une intervention chirurgicale, aucune hospitalisation. C'est au mois d'août 2003 à l'âge de 19ans, qu'elle commençait à sentir un malaise organique au niveau de ses reins, elle était hospitalisée pour une hypertension artérielle, et après les analyses et les échographies, les médecins ont découvert, des calculs rénaux qui ont provoqué un dysfonctionnement des reins puis l'insuffisance rénale chronique.

En aout 2003, elle a découvert son insuffisance rénale chronique terminale à un stade très avancé, vu qu'elle était directement mise sous dialyse, ce qui indique que sa maladie était silencieuse.

Après quelque séance de dialyse, elle est hospitalisée durant quelque jours pour problème de tension artérielle, et l'emplacement de la fistule. Elle dit « J'ai beaucoup souffert, c'était dure pour moi d'accepte la fistule, mais après quelque jour j'ai commencé la dialyse avec la fistule je me sentais mieux qu'avant ».¹⁹

- **Les effets de la maladie d'insuffisance rénale**

D'après Akila sa maladie n'est pas héréditaire, elle est engendrée par l'hypertension artérielle, Akila a beaucoup de complications dues au traitement, elle voit l'état de son corps qui se dégrade ; œdème, son corps a changé complètement, une peau mate, elle a perdu du poids.... Etc. s'ajoute à tout ça la perte de son cycle menstruelle, et la fonction rénale ce qui la rend plus triste et frustrée. En disant « quand j'ai commencé à perdre mes règles, alors là mes urines, oh... mon dieu c'était la période la plus dure de toute ma vie »²⁰.

(¹⁹) asoufrigh atas atas, yoar alhal feli atkevlagh, mais après akra wosan almi komasigh la dialyse, ishosayagh stahlagh chwiya.

²⁰ « Ami irohen les règles niño, arnand ivechan hachakom, Dayan aya rebi d la periode iwearen ikel guel hayatiw ».

2- La santé psychologique

- **La réaction du patient à sa maladie**

L'annonce de la maladie était comme un bouleversement total pour Akila, une nouvelle qui a changé sa vie, elle ne voulait pas accepter sa maladie, en disant : « ... je n'ai pas voulu ça..., et je n'ai pas voulu cette maladie aussi, j'étais choquée, bouleversée, détruite, perdu, je ne savais pas quoi faire, j'arrêtais pas de pleurer à haute voix... ». Elle a refusé la dialyse : « je déteste la dialyse, je trouvais toujours des excuses pour m'enfuir ».

- **Activité Vitales du patient (sommeil, appétit ...)**

Akila éprouve un manque de sommeil depuis sa maladie : « je n'arrive pas à dormir surtout les premiers temps, je pense trop dés fois, je passe out la nuit à pleurer... », elle manifeste un manque d'appétit, elle ne respecte pas le régime alimentaire prescrit par le médecin. Elle est non-observante en disant : « manger !!! c'est la dernière chose qui me passait par l'esprit ».

- **Expression, souvenirs et projets d'avenir du patient**

Akila regrette sa vie d'avant, cette maladie l'a privé de poursuivre ses études en disant : « cette maladie m'a enlevé toute ma vie, mon avenir, mes études, ma jeunesse... Elle a pris tout ce que j'avais » La patiente a révélé lors de l'entretien qu'elle est pessimiste, qu'elle n'a aucun avenir.

3- Les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle

- **Relations avec la famille**

D'après notre entretien avec la patiente, on a constaté qu'elle ne supporte personne, elle s'isole tout le temps, elle n'a pas d'amie, elle refuse qu'on l'aide à faire quoi que ce soit, elle entretenait pas de bonnes relations avec sa famille en disant : « j'aime bien rester toute seule, sans compagnie, même quand on a des invités à la maison, je reste dans ma chambre, je ne sors pas, ça me dégoûte, j'aime pas tout ça... »²¹.

²¹« hamlagh adkimagh imaniw, sur tout asma adasen les invites akham, adkechmagh gher la chambre ninou wadbelagh taworth, asdigoutayniyi alibad ».

- **Relations avec le milieu hospitalier et professionnel**

La patiente Akila a de très bonnes relations avec l'équipe soignante ; les médecins, les infirmiers, autres patients aussi. Lors de notre entretien avec elle, on a observé comment les médecins et les infirmiers traitaient Akila, et elle nous a révélé qu'ils étaient hypers gentils avec elle, mais elle déteste le service, et les séances d'hémodialyse.

- **Vie sexuelle**

En ce qui concerne la vie sexuelle chez cette patiente, on n'a pas pu obtenir beaucoup d'information, vu que la patiente était timide, elle nous a donné des réponses courtes et brèves. Akila n'a pratiquement aucune envie sexuelle, qu'elle ne pense même plus à cela.

4- La dépression

Durant l'entretien, Akila nous a raconté sa réaction en apprenant sa maladie : « j'ai été choquée, perturbé, bouleversé, oh mon dieu j'étais dans un état ...je ne trouve pas les mots pour m'exprimer, je ne savais pas que-est ce qui se passe au tour de moi, j'ai pleuré et pleurer durant des jours et des nuits, et le pire de tout ça, c'est quand j'ai su que je vais continuer le reste de ma vie, condamner à cette machine ». ²²

Akila reste silencieuse un bon moment en fixant les yeux sur nous, et puis elle tourne sa tête envers le générateur en disant : « franchement, c'est dure, dure, mais je suis encore en vie grâce à lui ». ²³ On souligne ici que la patiente vit une situation conflictuelle et d'ambivalence vis-à-vis le générateur ; qui est considéré comme un bon et un mauvais objet au même temps.

Elle enchaîne les larmes aux yeux, et durant notre entretien avec elle, on a constaté que la patiente a pris beaucoup de temps pour accepter sa maladie, cela était difficile pour elle.

Akila rêve toujours de sa vie d'avant, elle voulait poursuivre ses études, faire son avenir, construire une famille, vivre comme une personne normale, la patiente manifeste des sentiments de culpabilité. Malheureusement cette maladie a bouleversé sa vie, depuis ce jour-là, la patiente n'éprouve aucun plaisir, elle a perdu le goût de vivre, elle s'isolait tout le temps, elle refuse le contact avec les autres, mêmes ses proches Elle est dans l'isolement, l'irritabilité, la fatigue, la tristesse et le désespoir.

²² « almi ialmagh beli dayen adachagh ikel alhayatiw akayi, chokigh, arwigh ikel, tetriwagh kan, toujours dimetawen ».

²³ «yoar alhal mlih mlih,mais aklin adragh grace itmachint ayi ».

Elle présente une insomnie, une anxiété et des fois des sentiments d'angoisse : « je passais des nuits blanches, je me réveillais au milieu de la nuit, accompagnée des idées noires, des cauchemars, des fois je pleurais toute la nuit... », ²⁴de plus, elle présente un manque d'appétit, et des troubles de comportement.

Résumé de l'entretien

Notre entretien avec la patiente nous a révélé que cette dernière, manifeste des symptômes dépressifs. Elle a subi un changement radical dans sa santé physique et psychique après son atteinte de l'insuffisance rénale chronique.

Akila présente une insomnie, une anxiété et des sentiments d'angoisse suivit par une perte d'appétit, on souligne aussi que la patiente présente une irritabilité, une tristesse avec des sentiments pessimistes.

²⁴ « asadagh ossan adwodan simetawen,adekragh daguit akiya hacha yar les idées, les cauchemars ».

Tableau 4. Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Akila

Les Items	Cotations	Expressions
Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureux (se) que ce n'est pas supportable
Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
Échecs dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
Sentiments de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
Sentiment d'être puni(e)	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
Sentiments négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
Pensées ou désirs de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose
Agitation	0	Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant.
Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude.
Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
Modifications de l'appétit	2a	J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude
Difficulté à se concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit
Fatigue	3	Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
Perte d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins qu'avant
score	31	
Degré de dépression	Sévère	

➤ L'analyse de l'échelle de dépression de Beck

Après la cotation des items de l'échelle, Akila a eu un score de 31 points correspondant à une dépression sévère, comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Akila a une légère perte de plaisir, ce qui correspond à l'item N°04, ou on a coté le degré de 01 « je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant ». S'ajoute à cela une perte d'intérêt comme il est indiqué dans l'item N°12 « je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses ». Et une perte d'énergie représenté dans l'item N°15 : « J'ai moins d'énergie qu'avant ». La patiente manifeste des troubles de sommeil, elle dit : « ...je n'arrive pas à dormir surtout les premiers temps ». Dans l'item N°16 ou on a coté le degré 2a, elle déclare : « je dors beaucoup moins que d'habitude » comme elle manifeste un manque d'appétit dans l'item numéro 18 : « je n'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude ».

La maladie d'Akila a bouleversé sa vie : « je n'ai pas voulu ça..., et je n'ai pas voulu cette maladie, je vivais dans un paradis, et là tout d'un coup je suis tombée dans l'enfer ». Elle éprouve une humeur triste, ou on a coté le degré 3 dans l'item N°01 : « je suis triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable ». On a trouvé aussi un item très élevé qui indique un processus dépressif, comme dans l'item N°2 relatif au pessimisme, on a coté le degré 3 pour sa repense : « j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer ». Akila présente un désespoir face à son avenir : « j'ai perdu ma vie le jour où je suis tombée malade, je n'ai pas d'avenir ».

Dans l'item N°3, la patiente parle d'un échec dans son passé : « j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie ». Cet échec la rend triste et a engendré chez elle un sentiment de fatigue chose qu'on a remarqué par sa repense dans l'item N°20 : « Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant ». D'autres signes apparaissent chez Akila comme difficulté à se concentrer ainsi qu'une perte d'intérêt pour le sexe dans l'item N°21 où on a coté 1 pour sa repense : « Le sexe m'intéresse moins qu'avant ».

➤ Résumé du cas

Akila manifeste plusieurs symptômes dépressifs qui se caractérisaient par une tristesse, pessimisme, fatigue, pleurs liés à son atteinte. Cette dépression a été engendrée par sa maladie chronique, qui présente un obstacle pour la patiente. Cette dernière manifeste une perte d'intérêt et d'énergie et des modifications de l'appétit et du sommeil.

Akila n'éprouve aucun désir et aucun intérêt pour la sexualité : sa vie sexuelle est insignifiante depuis son atteinte, elle n'éprouve aucun désir ni même envie d'en parler car tout est parti depuis sa maladie.

Les données de l'entretien et de l'échelle de dépression de Beck, nous a permis de détecter une dépression sévère chez Akila dont le score est de 31 points, accompagnée par des sentiments d'échec dans son passé, fatigue, isolement, elle manifeste aussi des difficultés à se concentrer ainsi, une perte d'intérêt, un sentiment relatif au pessimisme, ainsi qu'une baisse de la libido.

➤ Cas Youcef 37ans

Youcef, âgé de 37ans, d'une taille moyenne, blanc, yeux noisette et cheveux châtain, calme et souriant, c'est le deuxième de sa fratrie, il est marié et père d'une fille, Youcef vit avec sa famille, il a un niveau d'étude de 8^{ème} année, il était artisan. Suite à sa maladie, il a quitté son travail.

1- La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Youcef a vécu une enfance et adolescence indemne, aucune maladie ou intervention, n'a été signalé chez lui, jusqu'à l'âge de 35 ans, où il a présenté des calculs aux niveaux de ses reins. Après 2 ans de traitement le patient contracte l'hypertension artérielle, ce qui a nécessité une hospitalisation de quelques jours. C'est à ce moment-là, que les médecins ont diagnostiqué son insuffisance rénale chronique au stade terminal, Youcef est sous dialyse depuis 2017. Et il déclare que son atteinte d'insuffisance rénale chronique terminale est due au traitement qu'il lui prescrivait avant son médecin traitant. Concernant le facteur héréditaire, on déduit que ce dernier n'est pas présent du moment qu'il est le seul atteint de sa famille.

- **Les effets et les complications de la maladie**

L'insuffisance rénale d'Youcef n'est pas héréditaire, elle est engendrée par les calculs rénaux, et l'hypertension artérielle, Youcef avait peu de complication de sa maladie; l'anémie due à une mauvaise alimentation en disant : « depuis, que je suis dans cet état j'en ai plus d'appétit, surtout avec ce régime pénible franchement c'est dur ».²⁵Il a ajouté aussi qu'il était non observant, il ne respecte plus son régime alimentaire.

2.- La santé psychologique

- **La réaction du patient à sa maladie**

Youcef raconte sa réaction face à sa maladie. Il dit qu'il ignorait la gravité de cette dernière, mais après les explications des médecins, il s'est rendu compte de sa gravité, il nous disait qu'il était choqué et perturbé psychologiquement.

²⁵« agasmi iligh guel hala ayi, olach ikel l'appetit ,arnoyas arigim ayi,sarahaten yoar alhal ».

- **Activité vitale du patient (sommeil, appétit ...)**

Youcef représenté des troubles alimentaires avant sa maladie et durant sa maladie, il est non observant, il refuse le régime alimentaire indiqué par le médecin, il ne manifeste pas des perturbations de sommeil en disant : «je dors facilement comme avant »²⁶

- **Expressions, souvenirs et projets d'avenir du patient**

En parlant des évènements qui l'ont marqué, Youcef était souriant, en premier lieu il nous raconte son mariage, qui est pour lui le premier pas vers l'avenir, et qui qualifie de réussi, puis la naissance de sa petite fille. Mais son sourire a disparu dès qu'il a commencé à parler d'un évènement traumatisant et le choc qu'il a subi ainsi que la succession des maladies.

3- Les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle

- **Relations avec la famille**

Durant notre entretien avec Youcef, on a constaté qu'il avait de très bonnes relations avec sa famille et son entourage, il nous affirme aussi qu'il est de nature calme et réservé. Youcef nous informe que sa fille est la source de son courage en disant : « elle est tout pour moi, son sourire me donne le courage de combattre contre cette maladie ».²⁷ Youcef reçoit un grand soutien de la part des gens de son entourage, vu qu'il entretenait de bonnes relations avec eux.

- **Relations avec le milieu hospitalier et professionnel**

Concernant ses relations professionnelles, Youcef nous assure qu'il entretenait auparavant, de très bonnes relations au travail avec ses clients, ses travailleurs aussi, il est aimé et respecté par eux. Et c'est le cas avec l'équipe soignante à l'hôpital.

- **Vie sexuelle**

Les désirs d'Youcef ont connu un changement depuis qu'il a commencé les séances de dialyses.

²⁶« aytasiyid nodam khir agosan iadan ».

²⁷« adnetat idkolach, le sourire ninas yatakiyid le courage adkemplagh wadehlogh ».

4. Dépression

Au début, il ignorait la signification de sa maladie, il ne savait pas qu'est-ce que voulait dire l'insuffisance rénale, ou bien la dialyse

D'après l'entretien qu'on a eu avec Youcef, il nous est apparu que la dialyse ne l'a pas vraiment influencé selon ses dires : « c'est grâce à cette dialyse que j'ai connu la valeur de ma vie ». ²⁸On souligne aussi des symptômes dépressifs chez le patient, il manifeste un sentiment de pessimiste ou il nous a affirmé qu'il n'attend rien de son avenir vu qu'il est proche de la mort. S'ajoute à cela une sensation de pleurer et de perte de plaisir. Depuis qu'il est sous dialyse Youcef manifeste un manque d'appétit ainsi qu'un dégoût.

➤ Résumé de l'entretien

Après notre entretien avec le patient, on a remarqué des signes dépressifs qui sont survenus de la maladie. Le patient manifeste une baisse de la libido et une perte de plaisir, son quotidien se résume à une machine d'épuration sanguine.

L'annonce de la maladie n'était pas traumatisante pour le patient, vu qu'il ignorait la signification et la gravité de cette dernière, le patient manifeste des sentiments de pessimiste, suivit par des difficultés de concentration, fatigue...etc. Youcef manifeste un sentiment de culpabilité ; pour lui la cause de sa maladie revient au médecin traitant. Il présente des modifications de l'appétit et aucun signe de manque de sommeil n'a été détecté. Par contre et Heureusement que le patient reçoit un grand soutien de sa famille et de son entourage, vu qu'il entretenait de bonnes relations avec eux ce qui maintient son état de santé globale en équilibre.

²⁸« avant ossinghara alkima nelhayatiw,thora wahith la dialyse,itesnagh ».

Tableau 5. Score et résultats de l'échelle de Beck de Youcef

Les Itemes	Cotations	Expressions
Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
Pessimisme	0	Je ne suis pas découragé(e) face à mon
Échecs dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû
Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
Sentiments de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable
Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être puni(e)
Sentiments négatifs envers soi-même	2	Je suis déçu(e) par moi-même
Attitude critique envers soi	2	Je me reproche tous mes défauts
Pensées ou désirs de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas
Pleurs	3	Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.
Agitation	2	Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille
Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
Indécision	3	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision
Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable
Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude
Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude.
Modifications de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé
Difficulté à se concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit
Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude
Perte d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins qu'avant
score	31	
Degré de dépression	sévère	

➤ L'analyse de l'échelle de dépression de Beck.

Youcef présente un score de 31 points, signe d'une dépression sévère. Score obtenu à travers les items suivants ; item N°12 on a coté un degré de 1 pour sa repense « je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses ». Dans l'item N°20 ou il déclare : « je me fatigue plus facilement que d'habitude ». L'ensemble de ces repenses sont liées à la maladie.

Youcef présente un ensemble de symptômes dépressifs qui sont montrés par son choix des repenses qui ont une cotation élevée, comme dans l'item N°10 où on a coté le degré 3 en nous répondant : « je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable ». Et il choisit des repenses avec des cotations moins élevées, comme dans l'item N°03 où on a coté le degré 01 pour exprimer son sentiment d'échec dans le passé en répondant : « j'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû ».

Concernant l'item N°7 on a coté le degré 2 où il exprime un sentiment négatif envers lui-même, il nous dit : « je suis déçu par moi-même », et dans l'item N°8 il montre une attitude critique envers soi en disant : « je me reproche tous mes défauts ». Et pour l'item N°15 il présente une perte d'énergie : « j'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit ».

Youcef a choisi des réponses avec des cotations très élevées, les items les plus élevés dans l'échelle sont l'item N° présente aussi d'autres signes, comme le problème de concentration et la prise de décision comme il est indiqué dans l'item N°13 et N°19 on a coté 3 pour sa réponse : « j'ai du mal à prendre n'importe quelles décisions » et « je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit ».

Pour l'item N°21 on a coté le degré de 01, où on a remarqué un manque d'intérêt pour le sexe en nous disant : « le sexe m'intéresse moins qu'avant ».

➤ Résumé du cas

Youcef manifeste plusieurs symptômes dépressifs dont la perte d'intérêt, les difficultés à se concentrer et l'indécision et le manque d'intérêt pour la sexualité, la survenue de la maladie se répercute négativement sur son organisation psychique qui s'est dégradée, et c'est ce qui a engendré un trouble psychologique qui est la dépression.

Le fonctionnement urinaire et sexuelle du patient est pratiquement en grande baisse et en dégradation, Youcef souffre dans son état depuis la perte de ces dernières, il nous a révélé qu'il ne ressent plus rien comme avant ; il manifeste une baisse de sa libido ainsi qu'une

impuissance d'éjaculation, il est incapable d'assumer ses devoirs envers sa conjointe, et incapable de satisfaire les besoins de cette dernière. Youcef ressent un grand sentiment d'impuissance et d'infériorité, puisqu'il ressent plus d'envies sexuelles comme avant, ce dernier qui est un facteur important contribuant à l'apparition de la dépression.

Après l'analyse de l'échelle de dépression de Beck, Youcef a eu un score de 31 points qui correspond à une dépression sévère, qui nous a permis de constater que le patient présente une souffrance psychologique qui se manifeste par une baisse de la libido, une perte d'intérêt, ainsi que des sentiments pessimistes accompagnés des sentiments d'échec dans le passé et des attitudes critiques envers soi-même.

- **Cas Wahid 34ans**

Wahid est âgé de 34 ans, originaire de Béjaïa, et qui est cinquième d'une fratrie de sept enfants, célibataire, qui vit dans leur maison familiale avec ses frères et sœurs, de bonnes constitutions physiques, maigres et de grande taille et une apparence physique qui ne révèle pas sa maladie. Wahid ayant un niveau d'instruction de 6^{me} année primaire, il est actuellement commerçant ambulant de légumes au marché, Il est admis en hémodialyse depuis le début du mois de mars 2018.

1- La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Durant sa jeunesse, Wahid était en très bonne santé physique, aucune maladie grave ou chronique, et il n'a jamais été opéré d'après ses dires : « je n'ai jamais eu de maladie grave ou chronique ni 'était opéré pour quoi que ce soit, et je n'ai jamais cru que j'allais tomber malade de mes reins »²⁹. Avant l'admission en dialyse, il est parti consulter un médecin pour son mal de dos et son hypertension artérielle qu'il avait, et du jour au lendemain il se retrouve hospitaliser et admis dans le service de dialyse pour une filtration de son sang par un générateur, il disait « j'avais des problèmes de dos insupportable et une hypertension qui débute, du coup je suis parti consulter un médecin et qui m'a envoyé d'urgence à l'hôpital, et c'est là que j'ai su que mes reins ne fonctionnent plus après une série d'analyses qu'ils m'ont fait subir, alors ils m'ont hospitalisé et quelques jours plus tard j'ai commencé la dialyse »³⁰.

- **Les effets de la maladie d'insuffisance rénale.**

La maladie des reins de Wahid n'est pas héréditaire. Pour lui cette insuffisance rénale chronique n'a pas de complications, et d'après lui il se voit comme avant rien à changer, en disant « il n'y a rien qui change je suis comme avant, Dieu merci, juste mes reins qui ne sont pas bien »³¹. Wahid a utilisé le mécanisme du déni comme s'il n'était pas malade, il nie sa maladie, il vient juste d'atteindre cette maladie, il n'a pas encore accepté la perte de sa fonction rénale. Concernant le régime alimentaire draconien qui est très pénible, il est obligé de le suivre

²⁹Jamais seaigh lehlak grave nigh khethmeugh l'opération felhaja,et jamais nwigas adeghligh aehelkegh steguzliniw.

³⁰Ligh seaigh lekrih n wamassi w delaaajeb, terna tebdayid la tension, ombaa roheugh zrighed teviv ichyaiyi directe ghur les urgences, dinna ialmegh tigusliniw oukhedmentara mi iykhethmen les analyse, alors janiyi gu sbitar et après kera woussan bedigh la dialyse.

³¹Oulach el hadja iybdlen aklin am tazwara el hamdoulillah, dayen tigusliniw i çava pas

2- La santé psychologique

- **La réaction du patient à sa maladie.**

Wahid n'a pas eu de réactions lors de l'annonce de sa maladie, disait « je n'ai pas eu de réaction, elle est venue normalement, parce que je connais cette maladie, j'ai l'ami de mon frère qui la contractait, donc c'est pour ça que je n'ai aucune réaction »³². On souligne que Wahid est dans le déni.

- **Activité vitale du patient (sommeil, appétit ...).**

Selon Wahid, il ne souffre d'aucune perturbation, ni manque de sommeil, chose qu'il a constaté depuis qu'il est tombé malade, en disant « je n'ai pas de problème du sommeil je dors normal »³³, et concernant l'appétit il y a eu des changements par rapport à avant; d'après lui il a un peu plus faim et plus d'appétit. Il disait « j'ai toujours faim et toujours cette envie de manger »³⁴.

- **Expressions, souvenirs et projets d'avenir du patient.**

D'énormes sentiments de regret sont ressentis chez Wahid de sa vie d'avant et des activités qu'il menait même s'il est attrapé cette maladie récemment, il est impatient de retrouver sa vie d'avant alors qu'il envisage plus tard de se faire une greffe d'organe, dont l'un de ses frères est en cours de bilan pour déterminer le taux de compatibilité. Du coup, après la réalisation du projet de la greffe et son succès il veut se marier et fonder une famille, d'après ses dires « je regrette énormément ma vie d'avant et je suis impatient de la retrouver après une greffe d'organe et reprendre mon cycle de vie et me marier et fonder une famille »³⁵. Mais Wahid ne sait pas ce que l'avenir lui réserve « je n'ai aucune idée de ce que l'avenir me réserve mais Dieu seul sait de ce que l'avenir est fait, et Dieu seul voit les bonnes choses pour moi »³⁶

³²Outkhthi oumadazouh, toussayid normal, laboud senegh lehlakayini, seaigh amdakel n guma itisan, c'est pour ça tousad normal

³³Ousaighara oughilif gu noudam, ganeugh normal

³⁴Seaigh toujours elaz, terna toujours beghough adetchegh

³⁵Teghatiyi tamaichtiw melih et aklin ouyseggh atidreggh mara adalegh la greffe wa adekleugh ar leawayediw, wa adezwjeggh wa adsaough la famille.

³⁶Ouralimeughara dachou yditeachan ghur el zath dayen dereby iyalmen chouyelan, dreby ken iyzran salhaynou

3- Les caractéristiques de la relation d'objet et la vie sexuelle

- **Relations avec la famille**

De ce qui est relationnel, Wahid a de très bonnes relations avec sa famille, elle s'est renforcée plus depuis qu'il est atteint d'insuffisance rénale chronique, toute sa famille s'est mobilisée pour lui afin de l'aider pour qu'il ne ressente pas aucun manque.

- **Relations avec le milieu hospitalier et professionnel**

Wahid a de bonnes relations avec le personnel hospitalier que ça soit avec les médecins, la psychologue, les infirmiers et même avec les autres patients ; concernant le service il le trouve bien parce qu'il est nouveau dans ce service et tout le monde s'occupe de lui, et pour lui le changement de lit et de générateur ne le préoccupe pas « normal je n'ai pas de problème avec le changement de place »³⁷. En ce qui concerne ses collègues de travail d, il a de bonnes relations avec eux, mais pour les clients cela a changé, pour lui le marché contient les touts venants est fait de bonnes et de mauvaises personnes.

- **La vie sexuelle**

Pour le coté sexuel chez Wahid rien n'a changé c'est la même chose qu'avant sa maladie « j'ai toujours le même sentiment et la même envie, rien n'a changé ».

4- La dépression

Wahid est satisfait de son état actuel avec sa maladie, il remercie Dieu en disant « Hamdoui'allah », et il n'est jamais triste, mais des fois ça lui arrive d'être irritable parce qu'il est un peu nerveux, mais il ne s'isole pas et il a tendance à manger beaucoup. Wahid dit que Dieu seul sait de ce que l'avenir lui réserve, il espère reprendre sa vie d'avant dont il est optimiste par contre la seule chose qui le dérange, c'est le fait de perdre la fonction rénale et ça lui manque quand il est en face du générateur. Le générateur lui rappelle sa faille, donc l'impossibilité de faire le travail du deuil.

➤ **Résumé de l'entretien**

Après avoir analysé les données de l'entretien du cas de Wahid, on a déduit qu'il ne présente pas de symptômes dépressifs et qui n'éprouve plus une envie sexuelle, suite à sa maladie

³⁷Normal ousaighara | probleme wahid oubadel noumkan

d'insuffisance rénale chronique, probablement parce que son atteinte par la maladie est récente, il a préservé ses investissements objectaux tels qu'ils sont.

Tableau 6. Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Wahid

Les ltemes	Cotations	Expressions
Tristesse	0	Je ne me sens pas triste
Pessimisme	0	Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
Échecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
Perte de plaisir	0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
Sentiments de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
Sentiment d'être puni(e)	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
Sentiments négatifs envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
Pensées ou désirs de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
Pleurs	1	Je pleure plus qu'avant.
Agitation	2	Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille
Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
Perte d'énergie	0	J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
Modifications dans les habitudes de sommeil	1a	Je dors un peu plus que d'habitude.
Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
Modifications de l'appétit	1b	J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude
Difficulté à se concentrer	0	Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
score	8	
Degré de dépression	Minimale	

➤ **L'analyse de l'échelle de dépression de Beck**

Après la cotation des items du cas Wahid, il a eu un score de 8 qui correspond à la dépression Minimal comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Il a un léger sentiment de culpabilité de ce qui est de sa vie antérieure, dont il a fait ou il aurait dû faire, item numéro 5 dont on a coté le degré de 1 « Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire », et qui est agité et tendu des fois, item numéro 11, ou on a coté le degré 2 « Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille ». Et ce cas on n'a pas constaté un item dont le degré dépasse 2.

➤ **Résumé du cas**

Wahid ne présente pas de symptômes de dépression, depuis que wahid est atteint de la maladie d'insuffisance rénale chronique il a perdu progressivement les urine est devenu atteint d'anurie, en plus il éprouve un dysfonctionnement de sa sexualité qui le rend inquiet puisqu'il a perdu sa virilité suite à cette maladie. Probablement parce que son atteinte est récente, il a préservé ses investissements objectaux tels qu'ils sont.

L'analyse des données de l'entretien et des résultats de l'échelle de Beck montre qu'il souffre d'une dépression minimale accompagnée d'agitation, et de légers sentiments de culpabilité, de pleurs et de perte d'intérêts, etc.

- **Cas Ghania 32ans**

Ghania, âgé de 32ans, célibataire, yeux marrons et une taille moyenne, elle est la quatrième d'une fratrie de six enfants, elle était coiffeuse avant sa maladie, avec un niveau scolaire de 9^{me} année, elle est timide et réservée.

1- La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Dans les antécédents de Ghania, aucune maladie n'a été détecté ni d'intervention chirurgicale, en 2018 Ghania était hospitalisé une fois au service de néphrologie, ou les médecins ont diagnostiqué son insuffisance rénale chronique. Elle est sous dialyse depuis 06 mois. On souligne que son insuffisance rénale chronique n'est pas héréditaire.

- **Les effets de la maladie d'insuffisance rénale**

La maladie a tellement affecté le corps de la patiente, une maladie qui a changé sa vie complètement. La patiente a contracté l'hypertension artérielle et l'anémie, Ghania se culpabilise en disant : « c'est moi la fautive je passais des heures debout au salon de coiffure, oui je suis sûre que c'est à cause de ça que je me retrouve ici... ».

2- La santé psychologique

- **La réaction du patient a sa maladie**

Concernant sa réaction lors de la découverte de sa maladie, elle nous annonce qu'elle était choquée, bouleversé, la patiente a subi une situation traumatisante, elle a refusé d'accepter sa maladie en disant : « quand le docteur m'a annoncé cette nouvelle, j'ai crié à haute voix, j'ai pleuré, j'ai quitté son bureau directement, je ne savais pas où aller, je marchais en pleurant, j'étais en colère contre moi-même ». Elle trouve des difficultés à s'adapter vu qu'elle refusait sa maladie : « je n'ai pas pris encore l'habitude mais... ».³⁸De plus, on a souligné le sentiment de culpabilité chez elle en nous disant : « ...c'est ma faute, je n'aurai pas dû rester debout tout le temps ». ³⁹

³⁸« mazel onomagh ara »

³⁹« ad la faute iw lokan otvedadghara tout le temps »

- **Activités vitales du patient (sommeil, appétit ...)**

En évoquant la vie onirique de la patiente, on a constaté qu'elle présente un manque de sommeil. Concernant les rêves, la patiente nous dit : « depuis que je suis malade, je ne dors plus, je ne rêve plus, je fais que pleurer, sur mon état de santé qui fait pitié ». Le comportement alimentaire de la patiente a beaucoup changé, elle n'éprouve aucune appétit comme avant : « je déteste ce moment-là où on m'appelle pour rejoindre la table, surtout avec ce régime pénible, je préfère rester sans manger que de suivre ce régime ».

- **Expressions, souvenirs et projets d'avenir du patient**

Ghania refuse de parler de ses souvenirs, on a constaté qu'elle présente des perturbations du comportement en disant : « j'étais bien, en bon santé, et là me voilà ici ». Durant notre entretien avec la patiente, elle nous a révélé qu'elle souhaiterait revenir comme avant : « je rêve de revenir comme avant ».

3- Les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle

- **Relations avec la famille**

La patiente nous a souligné qu'elle a bénéficié d'un grand soutien familial, surtout de la part de ses sœurs, et de sa maman, en disant : « merci mon Dieu, pour cette famille ». ⁴⁰Concernant ses proches elle nous déclare qu'ils sont sympas avec elle, et ils lui rendent visite, mais elle n'aime pas ça, vu que leurs questions la dérangent, « quand quelqu'un me rend visite, je rentre dans ma chambre et je ferme la porte, je déteste qu'on m'interroge sur mon état de santé, je ne veux pas faire pitié à personne ». ⁴¹

- **Relations avec le milieu hospitalier et professionnel**

En ce qui concerne ses relations avec l'équipe soignante, Ghania ne déplore aucun problème, puisqu'elle ne les connaît pas : « je connais qu'un seul médecin et pour les autres je ne fais pas la différence entre eux, puis je parle avec personne, je finis je rentre chez moi ».

- **Vie sexuelle**

Concernant sa vie intime, la patiente présente une baisse du plaisir, en disant : je n'ai pas le temps pour ça, ma maladie m'a privée de tout »⁴²

⁴⁰« alhamdulillah arebi la famille bien yidi ».

⁴¹« karhagh asma adasen les invites, ohmilghara asma aydinin wela cv naamikh telit ».

⁴²« osaighara alwakth ikel adkhemagh ghef wayi lehlakiw yeksiyi kolach ».

4 Dépression

Durant notre entretien avec la patiente, on a constaté que Ghania a subi un traumatisme, ce dernier se manifeste par des symptômes dépressifs qui se résume par des sentiments de tristesses, de culpabilités, d'irritabilités. Elle a perdu tout plaisir et l'intérêt pour les choses qu'elle faisait avant.

Ghania refuse sa maladie et la perte de ses deux reins, en déclarant : « plusieurs fois je me demande pourquoi exactement moi ? pourquoi mes reins ne fonctionnent plus, mais pourquoi ? pourquoi elles ne fonctionnent pas comme les autres ? »⁴³La patiente manifeste aussi d'autres symptômes dépressifs d'ordre somatique tel que ; la fatigue, insomnie, agitation et une nervosité qui se traduit par une agressivité. Elle manifestait un comportement agressif face à l'équipe soignante lors de ses séances de dialyse, vu qu'elle refuse d'accepter sa maladie.

Face à sa situation actuelle, elle nous déclare qu'il y a un changement radical, cette maladie a modifié complètement sa vie : « ...cette maladie a changé ma vie, elle m'a enterré vivante, j'ai perdu le goût de vivre, je n'en peux plus faire mes activités comme avant, tout le temps je suis fatiguée, triste, je déteste ma situation actuelle ». Elle ajoute aussi qu'elle est devenue plus réservée qu'avant. Un sentiment d'isolement et d'évitement qui s'installe chez la patiente.

➤ Le résumé de l'entretien

La patiente présente des symptômes dépressifs qui se manifestent par un manque de sommeil, des modifications d'appétit, puis on souligne aussi que la patiente manifeste des sentiments de culpabilité et d'une tristesse qui sont liées à son atteinte. Ainsi qu'une perte de plaisir et d'énergie causée par cette dernière aussi.

⁴³« Plusieurs fois je me demande iwach exactement neki, tiguezliniw iwch olehontara amiyat ikel ».

Tableau 7. Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Ghania

Les Items	Cotations	Expressions
Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
Pessimisme	2	Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir
Échecs dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû
Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
Sentiments de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable
Sentiment d'être puni(e)	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e)
Sentiments négatifs envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé
Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude
Pensées ou désirs de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider
Pleurs	0	Je ne pleure pas plus qu'avant.
Agitation	1	Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable
Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir
Modifications dans les habitudes de sommeil	0	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude
Modifications de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé
Difficulté à se concentrer	0	Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant
Fatigue	0	Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude
Perte d'intérêt pour le sexe	2	Le sexe m'intéresse moins qu'avant
score	10	
Degré de dépression	Minimale	

➤ **L'analyse de l'échelle de dépression**

Ghania présente un score de 10points, correspondant à une dépression minime, comme l'indique le manuel de l'échelle de Beck.

On a trouvé des items qui sont pas très élevés, comme dans l'item N°1 ou elle a eu une humeur légèrement triste pour sa repense « je me sens très souvent triste ». Ghania ne présente pas un désespoir face à son avenir comme c'est indiqué dans l'item N°2 «je ne suis pas découragée face à mon avenir ».

Pour les items les plus élevés dans l'échelle, c'est l'item N°21 on a coté le degré 2 en répondant : « le sexe m'intéresse moins qu'avant ». Le choix de la patiente est influencé par sa maladie. S'ajoute à cela une perte d'énergie pour sa repense : « je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir ». Dans l'item N°15.

On souligne d'autres items qui sont en relation avec la santé physique, par exemple dans l'item N°20 « je ne suis pas plus fatigué comme avant », aussi dans l'item N°3 on a coté le degré 1 pour sa repense « j'ai échoué plus souvent que j'aurais dû ».

La patiente aborde son état physique en disant : « je vis des moments d'agitation, je m'énerve pour des choses banales, puisque je suis sous dialyse et condamnée à cette machine ». Dans l'échelle de dépression de Beck item N°11 on a coté le degré 1 en répondant : « je me sens plus agité ou plus tendu que d'habitude ».

➤ **Résumé du cas**

Le moment de l'annonce de la maladie, était un événement traumatisant pour la patiente un changement radical qui s'est installé dans la vie de cette dernière, la perte de la fonction de ses deux reins l'enfoncée dans la tristesse et le désespoir, aussi à cause de sa perte de la fonction urinaire. Ghania est en invalidité, elle a cessé de travailler Etc. malgré tous ces malheurs Ghania a une belle et grande famille qui lui redonne le sourire.

D'après l'analyse de l'échelle de Beck, Ghania souffre d'une dépression minime le score est de 10, qui se manifeste par une humeur triste, une perte de plaisir, une baisse de la libido, qui sont liés à son insuffisance rénale chronique.

Chapitre VII

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique et les données de la théorie cognitivo comportementale.

La première hypothèse

Les patients atteints d'insuffisance rénale chronique en phase d'hémodialyse souffrent d'une dépression qui se manifeste sur le plan psychologique par une tristesse, des pleurs, des sentiments pessimistes, une irritabilité, un sommeil perturbé et un manque d'appétit, suivit par une baisse de la libido, et un profond sentiment de dévalorisation...etc. Ces symptômes se différent d'un cas à un autre selon le degré de la dépression.

Comme le souligné Lefebvre, Les difficultés psychologiques des dialysés sont liées au fait que leur maladie soit mortelle et rend indispensable des soins contraignants. La découverte de la maladie confronte donc le patient à sa propre mort. Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologiques, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien (Lefebvre, 2005, p.3).

Effectivement, les cas d'insuffisance rénale investigués, souffrent tous d'une dépression à différent degrés, sévère, minimale dont on souligne dans notre population d'étude l'absence du degré léger et modéré, on va présenter d'abord les cas qui ont une dépression sévère comme suit :

Cas Brahim : Après avoir analysé les données de l'entretien du cas Brahim, On a remarqué que Brahim porté une tenue vestimentaire des vagabonds, il se laisse aller, il voit que sa vie est inutile. Il se sent étranger et toujours d'humeur triste ; pour lui, trois séances de dialyse par semaine, c'est très dur. Brahim a tendance à s'isoler et s'enfermer et ne pas avoir envie de parler à personne, il est distrait et pensif à sa situation actuelle. En outre, Brahim est irritable avec des envies de tuer celui qui l'énerve comme la psychologue du service. Donc Brahim est dans le passage à l'acte, il est pessimiste et ressent qu'aucune amélioration de son cas à l'avenir

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck montre que Brahim souffre d'une dépression sévère 33 accompagné par des symptômes tels que la culpabilité, la fatigue, le pessimisme, elle se manifeste aussi par une perte d'intérêt et des sentiments négatifs envers soi-même ainsi qu'une baisse de la libido.

Cas Abdenour : La dépression d'Abdenour est parvenue à cause de son insuffisance rénale et aussi par l'abondant de son entourage, sauf sa sœur et sa maman qui l'ont soutenu. La maladie d'Abdenour a engendré en lui la perte de sa fonction urinaire et sexuelle. L'analyse des données de l'entretien et de l'échelle de dépression de Beck, nous a révélé que Abdenour souffre d'une dépression sévère dont le score est 32points, caractérisée par une tristesse, pleurs, agitation, sentiment pessimiste et de culpabilité ainsi qu'une irritabilité et une fatigue liées à son atteinte et son vécu.

Cas Akila : Akila manifeste plusieurs symptômes dépressifs qui se caractérisaient par une tristesse, pessimisme, fatigue, pleurs liés à son atteinte. Cette dépression a été engendrée par sa maladie chronique, qui présente un obstacle pour la patiente. Cette dernière manifeste une perte d'intérêt et d'énergie et des modifications de l'appétit et du sommeil.

Les données de l'entretien et de l'échelle de dépression de Beck, nous a permis de détecter une dépression sévère chez Akila dont le score est de 31points, accompagnée par des sentiments d'échec dans son passé, fatigue, isolement, elle manifeste aussi des difficultés à se concentrer ainsi, une perte d'intérêt, un sentiment relatif au pessimisme, ainsi qu'une baisse de la libido.

Cas Youcef : Youcef manifeste plusieurs symptômes dépressifs dont la perte d'intérêt, les difficultés à se concentrer et l'indécision et le manque d'intérêt pour la sexualité, la survenue de la maladie se répercute négativement sur son organisation psychique qui s'est dégradée, et c'est ce qui a engendré un trouble psychologique qui est la dépression.

Après l'analyse de l'échelle de dépression de Beck, Youcef a eu un score de 31points qui correspond à une dépression sévère, qui nous a permis de constater que le patient présente une souffrance psychologique qui se manifeste par une baisse de la libido, une perte d'intérêt, ainsi que des sentiments pessimistes accompagnés des sentiments d'échec dans le passé et des attitudes critiques envers soi-même.

On va présenter les cas qui ont une dépression minimale comme suit :

Cas Wahid : Wahid ne présente pas de symptômes de dépression, suite à sa maladie d'insuffisance rénale chronique, probablement parce que son atteinte est récente, il a préservé ses investissements objectaux tels qu'ils sont.

L'analyse des données de l'entretien et des résultats de l'échelle de Beck montre qu'il souffre d'une dépression minimale accompagnée d'agitation, et de légers sentiments de culpabilité, de pleurs et de perte d'intérêts, etc.

Cas Ghania : Le moment de l'annonce de la maladie, était un événement traumatisant pour la patiente un changement radical qui s'est installé dans la vie de cette dernière, la perte de la fonction de ses deux reins l'enfoncée dans la tristesse et le désespoir, aussi à cause de sa perte de la fonction urinaire. Ghania est en invalidité, elle à cesser de travailler Etc. malgré tous ces malheurs Ghania a une belle et grande famille qui lui redonne le sourire.

D'après l'analyse de l'échelle de Beck, Ghania souffre d'une dépression minime le score est de 10, qui se manifeste par une humeur tristesse, une perte de plaisir, une baisse de la libido, qui sont liés à son insuffisance rénale chronique.

La deuxième hypothèse

La perte objectale de la fonction urinaire qui permet l'évacuation des produits du catabolisme du corps humain, et la fonction sexuelle qui représente la virilité pour l'homme sont des blessures narcissiques qui amplifient le degré de la dépression

Comme le souligné Lefebvre (2005), tous les hémodialysés présentent des dysfonctionnements sexuels à des degrés divers, ces troubles semblent plus fréquents chez les hommes.

Chez eux, la diminution ou la disparition de la fonction rénale et donc de la fonction urinaire, entraîne une perte de la libido car ces deux fonctions sont symboliquement très liées chez l'homme. (Lefebvre, 2005, p.4).

Ci dessous, on va présenter nos cas dont on souligne que quelque un ont eu des modifications dans leurs vie sexuelle par contre d'autres l'ont préservé.

Cas Brahim : Brahim souligne que sa vie sexuelle a changé, il éprouve une envie sexuelle mais pas comme celle d'avant ; pour lui, trois séances de dialyse par semaine, c'est très dur.

Cas Abdenour : La maladie d'Abdenour a engendré en lui la perte de sa fonction urinaire et sexuelle. Ce sont ces deux facteurs qui ont influencé sur son état psychique et ont engendré en

lui un sentiment de culpabilité, de fatigue, une blessure narcissique accompagnée par d'idées suicidaires.

Cas Akila : Akila n'éprouve aucun désir et aucun intérêt pour la sexualité : sa vie sexuelle est insignifiante depuis son atteinte, elle n'éprouve aucun désir ni même envie d'en parler car tout est parti depuis sa maladie.

Cas Youcef : Le fonctionnement urinaire et sexuelle du patient est pratiquement en grande baisse et en dégradation, Youcef souffre dans son état depuis la perte de ces dernières, il nous a révélé qu'il ne ressent plus rien comme avant ; il manifeste une baisse de sa libido ainsi qu'une impuissance d'éjaculation, il est incapable d'assumer ses devoirs envers sa conjointe, et incapable de satisfaire les besoins de cette dernière. Youcef ressent un grand sentiment d'impuissance et d'infériorité, puisqu'il ressent plus d'envies sexuelles comme avant, ce dernier qui est un facteur important contribuant à l'apparition de la dépression.

Cas Wahid : depuis que wahid est atteint de la maladie d'insuffisance rénale chronique il a perdu progressivement les urine est devenu atteint d'anurie, en plus il éprouve un dysfonctionnement de sa sexualité qui le rend inquiet puisqu'il a perdu sa virilité suite à cette maladie.

Le seule cas qui préservé sa vie sexuelle est Ghania

Cas Ghania : Ghania évoque que la perte de la fonction de ses deux reins l'enfoncée dans la tristesse et le désespoir, aussi à cause de sa perte de la fonction urinaire; par contre elle nous a avoué qu'elle ne ressent aucun changement dans sa vie sexuelle ; ses envies n'ont pas connu de modification.

Effectivement nos six cas ont confirmé nos hypothèses concernant la dépression chez les hémodialysés dont la nature influe sur le vécu psychologique. Il reste à souligner que nos hypothèses sont réfutables et non absolues, car les résultats obtenus de notre population d'étude qui est restreinte, ne représentent pas la population mère de tous les hémodialysés.

L'évolution de la pathologie dépressive est parfois aggravée par l'existence de certaines maladies organiques. De même, les sujets présentant un état dépressif associé connaissent une évolution plus sévère de leur pathologie somatique, avec un risque de décès accru.

L'insuffisance rénale chronique contribue notamment à l'apparition du trouble dépressif comme on l'a constaté durant notre recherche. Les insuffisants rénaux en phase d'hémodialyse vivent l'hémodialysé comme une situation de dépendance et source de dépression, ainsi que la relation corps machine qui engendre aussi des troubles dépressifs qui se manifeste à travers ; une humeur triste, irritabilité, des sentiments pessimistes

Dans notre recherche, on a suggéré des questions, toute en exigeant des réponses à partir ; de la revue littérature, les cas qu'on a analysé et investigué, on se basant sur les méthodes et les techniques d'investigation qui enrichissent notre travail de recherche en l'occurrence ; la méthode clinique, l'entretien clinique qui sont des outils primordiaux dans toute recherche scientifique, qui nous ont permis la collecte de données. Pour le repérage de la dépression, on s'est référé à l'échelle de dépression de Beck. Concernant évidemment des deux variables traitées ici qui est l'hémodialyse et la dépression.

Notre recherche nous a permis de vivre une expérience enrichissante sur le plan scientifique ; on a décidé de parler spécifiquement du service d'hémodialyse, car c'est l'un des services où on a eu le sentiment qu'il y avait un des plus forts besoins de l'aide d'un psychologue et que la souffrance des dialysés nous a parue très sous-estimée. Pour cela, on suggère que la prise en charge d'un hémodialysé doit être multidisciplinaire, la collaboration entre psychologue et néphrologue doit débiter le plus tôt possible, même avant le début de la mise en dialyse afin d'informer le patient sur les difficultés qui risquent de surgir au cours de la prise en charge.

Dans le cadre de notre travail de recherche intitulé «la dépression chez les insuffisants rénaux », que nous avons réalisés dans l'établissement public hospitalo-universitaire de Bejaia. Nous avons constaté que la dépression est bien réelle et sévère chez la majorité des hémodialysés, par contre chez d'autres elle reste minimale. Les résultats obtenus de notre analyse sur les 06 cas étudiés qui représente notre population d'étude a permis de cerner les multiples rapports qui se créent entre l'insuffisance rénale et la dépression. Cette recherche démontre aussi que l'insuffisance rénale a des répercussions sur l'état psychologique et la santé psychique des patients hémodialysés, et nous a permis d'aboutir à un certain nombre de remarque :

- L'intensité et le degré de la dépression chez les hémodialysés se diffère d'un malade à l'autre et d'une situation à l'autre

- L'insuffisance rénale a des répercussions directes sur la perte de la fonction sexuelle et urinaire chez les hémodialysés.

Nos hypothèses à propos des dialysés sont réfutables, cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatives, non statique et non absolue qui est due à notre population d'étude qui ne représente pas la population mère.

Pour conclure notre travail, il faut reconnaître que la prise en charge psychologique des patients hémodialysés, doit être multidisciplinaire où le patient va bénéficier d'une prise en charge médicale et d'un soutien psychologique. Ce dernier qui demeure indispensable pour accompagner les patients dans leurs parcours thérapeutiques. Il est très important d'accompagner le patient dès l'annonce de sa maladie que se soit par le médecin, l'infirmier, le psychologue, afin de mieux gérer et de s'adapter avec sa maladie.

Pour cela, on tient à inviter nos collègues étudiants en psychologie à poursuivre le chemin de la recherche en psychologie clinique, afin d'approfondir ultérieurement notre sujet de recherche et de mettre l'accent sur les maladies somatiques chroniques et leurs influences sur le psychique du malade. Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées par nos camarades étudiants, et qui concerne ; la résilience qui se définit comme la capacité pour un individu à faire face à une situation difficile ou génératrice de stress. En psychologie, le concept de résilience ou « l'art de naviguer entre les torrents », cette faculté n'est pas innée, mais elle trouve ses racines dans l'enfance, et dans la relation que les parents entretiennent avec leur enfant. La résilience entraîne : la défense -protection, l'équilibre face aux tensions, l'engagement-défi, la relance, l'évaluation, la signification-valuation, la positivité de soi et la création. Ce qui nous a incité à poser les questions ci-dessous :

- Est-ce qu'il y a des cas hémodialysés résilients ?

Du fait que l'hémodialysé est une personne qui dépend d'une machine, et qui est soumise à une épuration sanguine extra rénale, donc on se demande ;

- Comment est-elle l'image du corps d'un dialysé ?

A travers ces questions nous souhaitons avoir ouvert le champ pour d'autres études ultérieures.

Bibliographie

Bibliographie

- 1- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq)* Normandie, France : Elsevier Masson.
- 2- Barthelemy, C. (2008). *L'annonce du diagnostic d'une maladie incurable et la relation soignant-soigné*. Repéré à : <https://www.infirmiers.com/pdf/annonce-diagnostic-maladie-incurable-relation-soignant-soigne.pdf>
- 3- Beck, T., Steer, R.-A et Brown, G.-K. (1998). *Inventaire de dépression de Beck* (2eme éd). Paris, France : centre de psychologie appliqué.
- 4-Béchade, C. (2017). *Etude du parcours de soins du patient insuffisant rénal chronique : voie d'optimisation des phases de transition* (Thèse pour le doctorat de l'université de Caen Normandie) En ligne : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01593460/document>
- 5-Bénony, H. et Chahraoui, K. (1999) *L'entretien clinique*. Paris, France : DOUND.
- 6 Bénony, H, Chahraoui, K. (2005). *L'entretien clinique*. Paris, France : DOUND.
- 7 Blackburn, I.-M. et Cottraux, J. (2008). *Psychothérapie cognitive de la dépression* (3eme éd.) Paris, France : Masson.
- 8- Bourgeois, M.-L. 2006. *Les troubles de l'humeur*. Repéré à : <https://www.cairn.info/les-troubles-de-l-humeur--9782130559481.htm>.
- 9-Cuche, H. et Raffaitin, F. (1989). *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte* Paris, France : Masson.
- 10-Cupa, D. (2002). *Psychologie en néphrologie*. Paris, France : K.
- 11-Cyssau, C (dir). (1999). *L'entretien en clinique*. Paris, France : In press
- 12-Darcon, M. (2009). Insuffisance rénale chronique. Association française des infirmier(e)s de Dialyse, Transplantation et Néphrologie. *L'infirmier(e) en néphrologie (3eme éd)* 19-25). Bruxelles, Belgique. Editions Elsevier Masson sas.

- 13- Eustache, I. (2003). *Dépression : les psychothérapies*. Repéré à: <http://www.e-sante.fr/depression-psychotherapies/actualite/774>.
- 14-JEAN-DIT-PANNEL, R. (2015). *Le « travail de l'hypocondrie » chez le sujet malade somatiquement, chroniquement et héréditairement*, (Thèse de doctorat de l'université Paris Ouest Nanterre La Défense). Repéré à : <https://bdr.u-paris10.fr/theses/internet/2015PA100146/2015PA100146.pdf>
- 15-Hattou, H. (2017). Insuffisance rénale chronique, Deux millions d'Algériens concernés. *Liberté*. Repéré à: <https://www.liberte-algerie.com/actualite/deux-millions-dalgeriens-concernes-282009>
- 16-Haute autorité de santé. (2008). *Annoncer une mauvaise nouvelle*. Repéré à: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
- 17-Idier, L. (2012). *Education thérapeutique chez les patients en dialyse* (Thèse pour le doctorat de l'université de Bordeaux Segalen). Repéré à : <https://www.theses.fr/2012BOR21916.pdf>
- 18-Ionescu, S. et Blanchet, A. (2013). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* Paris, France : JOUVE.
- 19-Godfryd, M. (2002). *Les maladies mentales de l'adulte*. Paris, France : Presse universitaire de France.
- 20-Kleftara, E. (2004). *Le vieillissement pathologique*. Bruxelles, Belgique : IPH/EPH.
- 21-Kubler, R-E., et Kessler, D. (2009). *Sur le chagrin et sur le deuil* : Jean-Claude Lattés.
- 22-Kutchaw, L. 2009. *La structure et la fonction du rein*. Repéré à: <https://esna.cscmonavenir.ca/files/2014/05/homeostasie-reins.pdf>.
- 23-Lamoureux, P. (2007). *Dépression en savoir plus pour en sortir*. Paris, France: Vincent FOURNIER, Catherine LENGELLÉ.

24- Lefebvre, G. (2005). *Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et transplantés*. Repéré à:

http://www.afidtn.com/medias/annuaire_bibliographie/948_template.pdf

25- OMS, Organisation Mondiale de la Santé. (s.d.) La dépression. Repéré à :

http://www.who.int/mental_health/management/depression/fr/

26-Organisation mondiale de la santé. (2001). *Classification mondiale des troubles du comportement* (10eme ed.). Paris, France : Masson

27-Palazzolo, J. (2007). *Dépression et anxiété Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge*. Bruxelles, Belgique : Elsevier Masson.

28- Pedinielli, J.-L. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas* Paris, France : Tout le savoir 123.

29-Peretti, C.-S. (2013). *Comprendre et soigner la dépression*. Rome, Italie : Elsevier Masson.

30- Renaud, A. (2002). *Dépression, inconscient et vie psychique: pas si mêlant que ça*
Repéré à :

[https://www.psychanalyse.com/pdf/DEPRESSION%20INCONSCIENT%20ET%20VIE%20PSYCHIQUE%20\(47%20Pages%20-%20233%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/DEPRESSION%20INCONSCIENT%20ET%20VIE%20PSYCHIQUE%20(47%20Pages%20-%20233%20Ko).pdf)

31- Sokoloff, P. (s.d.) *La dépression et ses traitements*. Repéré à:

http://www.mediachimie.org/sites/default/files/Cerveau_p155.pdf.

Annexe 01 : Guide d'entretien

Informations Personnelles :

- Amek issmik(m) ?
- Aywak iteloulet ?
- Tezwjet nigh soukroyik(m) ?
- Achehal waythmak(m) d taysthmak(m) itess3it ? Wachou amthik ithetefet garassen ?
- Dachou idakhdimik(m) ?
- Anda itewtet slekeraya ?

AXE 1 : Information de santé actuelle et précédant :

- Aywak itebthit abrid amzwarou asfy yidamen?
- Dachou d'seba igudikhethmen lehlakik ?
- tekhethmet yakan aparation ?
- Tafaret abdel nel makla ? Iw3er ?
- Tese3ith lehwajeth yithen igudifghen gumi idetfeth lehlakayini ?
- Tezit yakan tiguzelt ?
- Akayini toura, tekhethmet gu keroyik(m) at'zot tiguzelt ?
- Tese3it heud gu twachoultik(m) iys3an lehlak aka ?

Axe2 : Information concernant la relation d'objet

- Amek iguela el hal ketchy(kemy) ak diferemliyen ?
- Amek iguela el hal ketchy(kemy) yak dimjayen ?
- Dachou d raik(m) f service ayi ?
- I3ejbak(m) el hal mara akbedlen amthik ak tmachinte ? Mayla khaty, achougher ?
- Amek iguela el hal ketchy (kemy) yak twachoultik, d yimdoukalik gu mi ideghlith gu lehlak ?
- Amek iguel el hal ketchy (kemy) yak dwithak dwachou itekhedmet ?

AXE 3 : dépression

- Tes3it yakan lehlak(m) ntenefsith ? (dépression, lehzen, el khouf, likhssass nigh zyatha guel makla)
- amek ikthetra (imthetera) mi igudenan(imdenan) tes3it lehlak ntguzlin ??
- Amek ithezaret lehlakik(m) nigh lehalaynek(m) toura aka ?
- Teshoussayeth d ketchy(kemy) id seba lehlayaneke waka ?
- Teshoussayeth s lehzen ?
- Tassaked(tassamed) thiswi3in lbghy atehebsseth assfy yithamen ?
- Tetheroyak(m) thiswi3in atefke3et felehwayej timchtah ?
- Amek itekhethmet iwaken teklet tougheth de3en ilhalaynek ?
- Tassaked(tassamed) tiswi3in lbghy atkimeth imanik(m) ?
- Amek ithezaret el halaynek(m) gher zath ?
- Lant lhwayej tebghit antekhethmet siya ghurezath ?
- Amkith yithessik(m) guimi ideghlit gu lehlak ??
- Amek ithezareth lehlak nteguzlinik ?
- Amek ithezareth likhssas nwama ntassaynek ?
- Amek ithela lehlaynek(m) ak temtouthik (argazim) ?
- Tekhaketh f teme3ichtik(m) akbel ateghlit gu lehlak ?
- Tess3ith kera tebghit atidernout ?

Annexe N°2 : Echelle de dépression de Beck

BDI-II	Date: _____
	année / mois / jour

Nom _____ Situation de famille _____ marié(e) vivant en union libre
 divorcé(e) veuf(ve)
 séparé(e) célibataire

Âge _____ Sexe _____ M F Profession _____ Niveau d'études _____

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encercliez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encercliez-le. Assurez-vous de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

<p>1 Tristesse</p> <p>0 Je ne me sens pas triste.</p> <p>1 Je me sens très souvent triste.</p> <p>2 Je suis tout le temps triste.</p> <p>3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.</p> <p>2 Pessimisme</p> <p>0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.</p> <p>1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.</p> <p>2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.</p> <p>3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.</p> <p>3 Échecs dans le passé</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un(e) raté(e).</p> <p>1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.</p> <p>2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.</p> <p>3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.</p> <p>4 Perte de plaisir</p> <p>0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent.</p> <p>1 Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant.</p> <p>2 J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.</p> <p>3 Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.</p>	<p>5 Sentiments de culpabilité</p> <p>0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p> <p>1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.</p> <p>2 Je me sens coupable la plupart du temps.</p> <p>3 Je me sens tout le temps coupable.</p> <p>6 Sentiment d'être puni(e)</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).</p> <p>1 Je sens que je pourrais être puni(e).</p> <p>2 Je m'attends à être puni(e).</p> <p>3 J'ai le sentiment d'être puni(e).</p> <p>7 Sentiments négatifs envers soi-même</p> <p>0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.</p> <p>1 J'ai perdu confiance en moi.</p> <p>2 Je suis déçu(e) par moi-même.</p> <p>3 Je ne m'aime pas du tout.</p> <p>8 Attitude critique envers soi</p> <p>0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.</p> <p>2 Je me reproche tous mes défauts.</p> <p>3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.</p> <p>9 Pensées ou désirs de suicide</p> <p>0 Je ne pense pas du tout à me suicider.</p> <p>1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.</p> <p>2 J'aimerais me suicider.</p> <p>3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.</p>
--	--

 **PsychCorp**

 **ecpa**
Les Éditions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Sous-total, page 1

Verso

Traduction et adaptation permises. Copyright © 1997 par Aaron T. Beck. Traduction française et adaptation canadienne copyright © 2005 par Harcourt Assessment, Inc., U.S.A. et Harcourt Assessment, une division de Harcourt Canada, Ltd. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie, l'enregistrement ou l'utilisation de systèmes d'emmagasinage et de récupération de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur. Tous droits réservés. Imprimé au Canada.

Pour commander des Cahiers de notation du BDI-II, appelez le 1-866-335-8427.

0-7747-5230-0

10 Pleurs

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

11 Agitation

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

12 Perte d'intérêt

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

13 Indécision

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

14 Dévalorisation

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

15 Perte d'énergie

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

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

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

17 Irritabilité

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

18 Modifications de l'appétit

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

19 Difficulté à se concentrer

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

20 Fatigue

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

21 Perte d'intérêt pour le sexe

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

Note: Ce formulaire est imprimé en noir et bleu. Si ces deux couleurs n'apparaissent pas sur le présent exemplaire, c'est qu'il a été photocopié en violation des lois ayant trait aux droits d'auteur.

Sous-total, page 2

Sous-total, page 1

Score total