

Université Abderrahmane Mira de Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département : Sciences sociales



Mémoire de fin de cycle
En vue d'obtention du diplôme de master en psychologie
Option : psychologie clinique

THÈME

**Le vécu psychologique chez les patients
atteintes d'une insuffisance rénale
chronique**

Réaliser par :

- ❖ **SMAILI Nassima**
- ❖ **TAIB KRIMA**

Encadré par :

Mme ABDI SAMIRA

Année universitaire

2020/2021

REMERCIEMENT

*NOUS REMERCIONS AVANT TOUT, LE DIEU LE TOUT PUISSANT QUI NOUS
A DONNÉ LE COURAGE ET LA VOLONTÉ DE RÉALISER CE MODESTE
TRAVAIL.*

NOUS TENONS À TÉMOIGNER LA PLUS PROFONDE GRATITUDE POUR

NOTRE ENCADREUR MME ABDI SAMIRA ET LA REMERCIONS POUR

SON ENCADREMENT ET SA DISPONIBILITÉ TOUT À LONG DE LA

RECHERCHE, AINSI QUE POUR SES CONSEILS.

NOUS REMERCIONS AUSSI LES MEMBRES DU JURÉ D'AVOIR ACCEPTÉ

L'ÉVALUATION DE NOTRE TRAVAIL.

NOUS REMERCIONS TOUS LES MEMBRES DU SERVICES D'HÉMODIALYSE

DE LA CLINIQUE BENMOUFFOK.

ET SANS OUBLIER NOUS REMERCIONS TOUS LES MEMBRES DE NOTRE

FAMILLE ET AINSI QUE NOUS AMIS QUI NOUS A AIDÉ.

DÉDICACE

NOUS AIMERIONS DÉDIER SE MODESTE TRAVAIL TOUS D'ABORD À NOS
CHERS PARENTS QUI NOUS A AIDÉ À RÉALISER CE TRAVAIL ET AUSSI
QUI NE CESSE PAS DE NOUS ENCOURAGER À SE PENCHER VERS
L'AVANT.

DÉDICACE À NOUS CHERS AMIS

DÉDICACE A NOUS SŒURS ET FRÈRES ET QUE DIEU LES PROTÈGENT

TAIB KARMA ET SMAILI NASSIMA.

La liste des tableaux :

Tableau 1 : les différents niveaux de l'IRC.....	15
Tableau 2 : Principales causes d'insuffisance rénale terminale et leur Incidence (USA : 1991)	16
Tableau 3 : médicament éliminé par le rein ayant une $\frac{1}{2}$ de vie courte : réduire la posologie sans modifier l'intervalle des prises.....	24
Tableau 4 : La pression Transmembranaire	30
Tableau 5 : Composition du dialysât (ou bain de dialyse)	32
Tableau 6 : Un tableau récapitulatif des cas étudiés	38
Tableau 7 : l'échelle de dépression celui du cas « M »	97
Tableau : l'échelle de dépression du cas « A »	101

SOMMAIRE

Introduction.....1

Partie théorique

Chapitre I : la problématique est hypothèses.

Chapitre II : l'insuffisance rénale chronique.

Préambule..... 13

I) Insuffisance rénale chronique..... 13.

1- La définition du rien 13

2- La définition de l'insuffisance rénale chronique..... 13

3- Épidémiologie 14

4- Classification de l'insuffisance rénale chronique..... 15

5- Les différents types d'IRC 16

6- Étiologie d'IRC 16

7- Facteurs de risque de survenue d'une IRC..... 17

8- Manifestations cliniques et biologiques 19

9- Diagnostic..... 21

10- Précautions d'emploi des médicaments chez un IRC 23

11- Modalités de traitement de l'IRC 25

12- Traitement de l'IRC 25

II) la dialyse et hémodialyse..... 25

1- La définition de dialyse 25.

2- Historique 26

3- Préparation de la dialyse péritonéale..... 27

4- Différents types de dialyse 27

2- définition de l'hémodialyse..... 28

3- Aspects techniques..... 29

4-les membranes..... 32

5- Choix du traitement de suppléance rénale..... 33

6- Préparation à l'hémodialyse	33
7- Résultats clinique	33
8- Critères de dialyse adéquate	34
III) transplantation	35
Conclusion.....	36

Chapitre III : le vécu psychologique

Introduction	38
III- le vécu psychologique de l'IRC	38
1- Réaction psychique à la dialyse.....	39
1-1- Le moment de l'annonce de malade.....	39
2- Réaction du patient envers sa maladie	39
3- Le travail de deuil	40
2- Les troubles psychiques d'une IRC.....	41
2-1- les symptômes dépressifs.....	41
3- La prise en charge.....	43
Conclusion.....	44

Chapitre : l'image du corps et la dépression.

I- l'image du corps :

Préambule.....	46
I) l'image du corps	46
1- Définition de l'image du corps.....	47
2- Les modalités de l'image du corps	47
3- Les transformations de l'image du corps	49
4- Le stade du miroir chez Jacques Lacan	54
5- La perturbation de l'image du corps.....	55
6- Les thérapies basés sur l'image du corps perturbée	60
Conclusion.....	62

II- la dépression :

Préambule.....	63
II-1- Définition de la dépression	63
II-2- Définition de la dépression essentielle.....	64
2- Les classifications	65
3- Instruments de mesure de la dépression.....	71
4- Facteurs de risque.....	72
5- Comorbidités	76
6- Conséquences	79
7- Traitement de la dépression.....	81
Conclusion.....	82

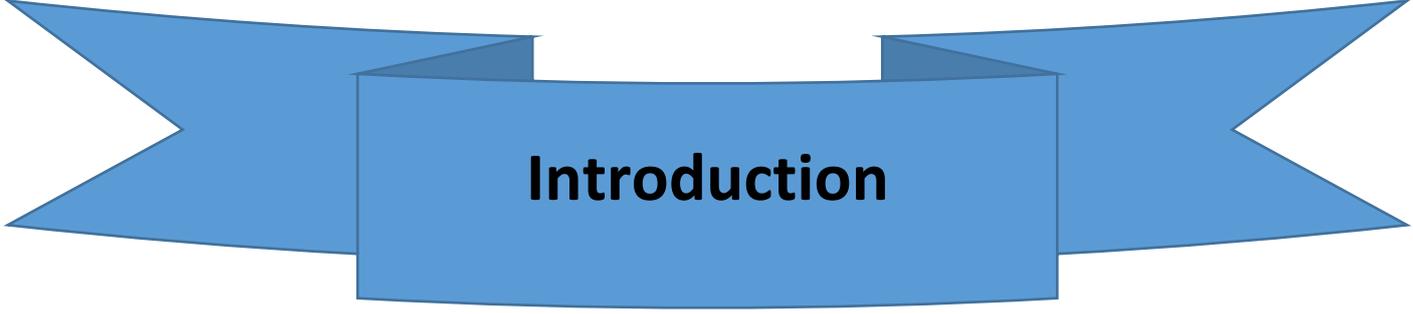
Chapitre V :la méthodologie

Préambule.....	84.
1- Pré-enquête.....	84
2- Méthode de recherche	84
3- Étude de cas.....	85
4- Le lieu de recherche	87
5- Les outils de recherche.....	88
Conclusion.....	93

Partie pratique : présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses.

Préambule.....	95
I- présentation et analyse des résultats	96
Cas « M »	
Cas « A »	
Discussion des hypothèses.....	105
Difficultés de la recherche.....	106

Conclusion.....	108
Liste bibliographique.....	109



Introduction

Introduction :

En luttant contre la mort et en voulant repousser davantage les limites de la vie, la médecine finit par transformer les maladies aiguës en maladies chroniques. Avec le succès de la dialyse, l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) cesse d'être mortelle. Dans le même temps, l'avancée des greffes sur l'homme offre une ouverture à la condition des insuffisants rénaux chroniques (IRC). La transplantation rénale dans nombre de cas entre dans le projet de l'amélioration de la qualité et même de l'espérance de vie. Contrairement à la dialyse, elle n'est pas vitale, elle est délibérément choisie. Elle fait l'objet d'une « négociation » qui s'étale sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Le malade se montre actif, sa volonté se traduit par sa participation à différents tests, radios, examens... etc.

On note que cette maladie « l'insuffisance rénale chronique », « l'IRC », est très répandue dans le monde entier, souvent en Algérie. Cette maladie est souvent silencieuse que personne ne peut la détecter, ou bien personne ne rend compte qu'il souffre d'insuffisance rénale. On ne peut pas savoir exactement la date dont elle apparaisse.

Il y a des patients qui sont peurs de cette maladie, ils disent que c'est une maladie très dangereuse et ils ont aucun espoir de vivre, par contre y a d'autres patients non, ils disent que c'est maladie normale qu'on peut vivre avec elle le plus normalement au monde.

L'insuffisance rénale chronique est une maladie irréversible d'apparition lente, le plus souvent liée au diabète et à l'hypertension artérielle. Les reins cessent progressivement de fonctionner et les déchets du métabolisme s'accumulent dans le corps. La dialyse et la greffe de rein sont les traitements les plus fréquents de cette maladie grave dont les symptômes n'apparaissent que tardivement.

Le traitement de cette maladie « L'IRC », se fait soit par la greffe et la transplantation ou bien par la dialyse.

Cette maladie a souvent posé de problèmes non seulement physiologiques mais aussi beaucoup plus psychologiques, pour moi avoir un malaise au niveau psychologique, c'est la plus grave maladie au monde. Donc y a beaucoup de patients qui souffrent psychiquement à cause de cette comorbidité, et permet ces troubles qu'ils ont, on a l'image du corps, cette dernière est une représentation personnelle de ce qu'il est, qu'elle soit acceptable ou

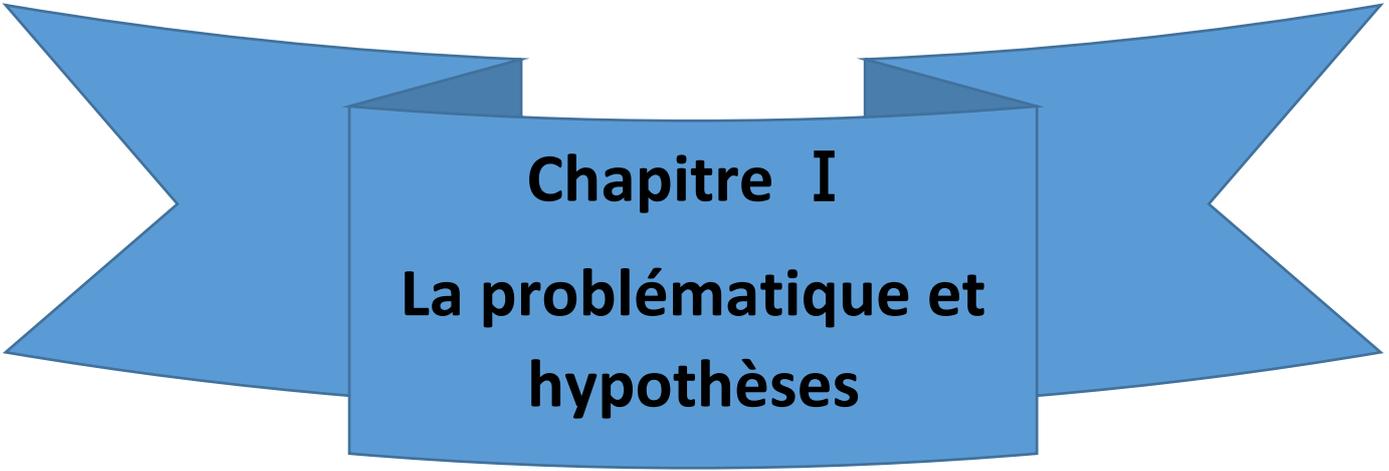
Détériorée. Et comme si cette image là se déforme à cause de la dialyse, y a certains dialyseurs qui se sent mouche et laid et sans attrait, et cela lui mènent à développer une dépression ce qui signifie d'une manière générale une grande tristesse.

Donc dans notre travail de recherche nous sommes basées sur le vécu psychologique chez les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique, plus précisément nous sommes intéressées sur l'étude de l'image du corps et la dépression chez les hémodialysés au niveau de la clinique privé Benmouffok qui est situé au centre-ville d'Akbou de la wilaya de Bejaïa, dont on a pu constituer notre population d'étude, où on a utilisé l'entretien semi-directif pour récolter des données sur l'image du corps et ensuite l'échelle de Beck de la dépression pour évaluer le degré de dépression chez ses patients là.

Donc le but de cette recherche c'est pour évaluer l'image du corps et la dépression chez les hémodialysés. Et pour réaliser cette recherche et atteindre notre objectif, on a instauré un plan de travail bien spécifique qui nous aidera à atteindre notre but.

- ✓ **La partie théorique :** elle est subdivisée en quatre chapitre intitulé :
 - **Chapitre I :** la problématique et hypothèses.
 - **Chapitre II :** l'insuffisance rénale chronique.
 - **Chapitre III :** le vécu psychologique.
 - **Chapitre IV :** l'image du corps et la dépression.
- ✓ **La partie méthodologique :** elle est consacrée au chapitre suivants :
 - **Chapitre V :** la démarche de la recherche et la population d'étude, et les techniques utilisées et leurs analyses.
- ✓ **La partie pratique :** elle est consacrée aux deux chapitres suivants :
 - **Chapitre VI :** la présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses.

Enfin, on a clôturé notre recherche par une conclusion suivit par une liste bibliographique et l'ensemble des annexes.



Chapitre I

La problématique et hypotheses

Problématique :

La maladie chez l'homme, est l'altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels, dus à des causes internes ou externes et comportant une évolution. Autrement dit, elle est un état où l'organisme ou juste une partie de celui-ci ne parvient pas à s'adapter ou est incapable de fonctionner normalement ; c'est toute l'altération de l'état de santé quel que soit transitoire ou chronique.

On distingue plusieurs types de maladies qui sont les suivants ; le cancer, le diabète, l'asthme, maladies cardiaques vasculaire, accidents vasculaires cérébraux...etc.

Parmi ses maladies on a l'insuffisance rénale chronique, c'est une maladie qui est très répandue dans notre société et nul ne sait comment elle apparaisse ou comment se développe dans le corps de l'être humain car c'est une maladie silencieuse.

L'insuffisance rénale, une « maladie silencieuse », le rein joue le rôle de centrale d'épuration de l'organisme. L'insuffisance rénale chronique désigne la diminution progressive, prolongée et irréversible des fonctions du rein. Cette maladie « silencieuse » s'installe petit à petit, mais de manière définitive en détruisant les néphrons (unités fonctionnelles du rein). Le plus souvent aucun symptôme particulier n'est ressenti. Les reins élaborent l'urine et éliminent les déchets. Ils participent à la transformation de la vitamine D qui joue un rôle dans l'absorption de calcium nécessaire à la bonne santé osseuse. Les reins produisent l'hormone EPO (érythropoïétine) impliquée dans la production des globules rouges et une enzyme (la rénine) qui régule la tension artérielle. Ils normalisent le volume des liquides et la concentration du potassium, du sodium et du phosphate dans le sang.

(<https://www.hug.ch> > [interhug](#) > [files](#) > [documents](#)).

L'insuffisance rénale chronique (IRC) 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 voies excrétrices. Elle se traduit par un ensemble d'altérations cliniques et biologiques qui réalisent le syndrome urémique. Les altérations biochimiques sanguines apparaissent précocement et se majorent peu à peu avec la réduction de la masse néphrotique active, tandis que les manifestations cliniques de la toxicité urémique sont plus tardives et ne deviennent patentes qu'au stade avancé. Lorsque le

Problématique et hypothèses

Niveau de la fonction rénale devient inférieur à un seuil critique, défini comme l'insuffisance rénale terminale (IRT), le maintien de l'homéostasie n'est plus possible et recours au traitement de suppléance par dialyse ou transplantation s'impose. (P. Jungers, D. Joly, N.K. Man, C. Legendre, 2011, p.1).

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est une maladie lésionnelle qui détruit de manière progressive et irréversible les parenchymes rénaux et altère définitivement les fonctions rénales, à savoir la détoxification. Son évolution est létale sans les thérapies de suppléance : la dialyse et la greffe. Elle résulte souvent de néphropathies chroniques congénitales ou acquises. Chez certains individus elle se déclare soudainement, alors que chez d'autres elle progresse lentement, des années durant, de manière douloureuse ou silencieuse. Avant que la maladie n'atteigne le stade terminal, les quelques 10 ou 20% de néphrons sains restants assurent plus ou moins un équilibre métabolique, en d'autres termes une santé apparente à la personne touchée.

Elle est décelée par la présence de traces de sang dans les urines ou par un taux élevé de créatinine dans le sang.

Une partie des personnes interviewées est atteinte de maladie congénitale comme Laurent et Isabelle. Ces deux sujets ont su dès leur jeune âge qu'un jour ils rentreraient en dialyse. Les symptômes, les complications, les médicaments et le régime alimentaire ne leur ont pas permis de vivre un temps de normalité. L'affection d'Éric est héréditaire, mais elle est restée silencieuse jusqu'au moment où il l'a découverte, par surprise, suite à des douleurs légères et persistantes au bas du dos et à une fatigue chronique : « c'était à l'âge de 40 ans, je me sentais fatigué durant tout l'été. Le médecin généraliste m'a prescrit une prise de sang et on a trouvé de la créatinine. Le diagnostic est tombé : polykystose bilatérale. Le néphrologue m'a dit : soit on laisse comme ça et tout peut rester bien, soit d'ici peu de temps, ça peut dégénérer. 6 mois après, je suis passé en dialyse. C'était assez brutal. J'ai pris un sacré revers, car j'avais beaucoup de projets, d'ambitions et je faisais beaucoup de sport. Ça a tout remis en cause. J'ai mis un certain temps à m'en remettre. Alors, la période entre la détection de la maladie et la période de dialyse, on a le temps de réfléchir et de faire des pronostics sur l'avenir. Il faut continuer à vivre, car j'avais des enfants : la petite avait 5 ans. Il fallait aller de l'avant. Après une période d'abattement moral, quelque dialyse, j'ai commencé à retrouver le moral, la force ». Un bon nombre de sujets s'aperçoivent de leur insuffisance rénale au

Problématique et hypothèses

Cours d'une banale visite médicale chez un généraliste pour des symptômes communs à d'autres maladies. Parfois, on se découvre malade lors d'un examen médical dans le cabinet du médecin du travail. (Ali Recham, 2012, p.27&28).

Bien sûr quand le malade arrive jusqu'au stade final ou bien terminal, automatiquement il va passer à l'hémodialyse, donc cela il s'agit d'une technique d'épuration par circulation extracorporelle du sang à travers une membrane. Le rein artificiel est composé de trois éléments : l'hémodialyseur dans lequel s'effectue, le dialysat et une circulation extracorporelle. Il s'agit de la méthode la plus utilisée en France et dans le monde. Ce traitement est réparti en 3 séances par semaine. Chacune durant environ 4 heures. Les innovations techniques allègent davantage ce dispositif et le rendent tolérable par les malades. La durée des séances et les modalités d'épuration comme l'auto-dialyse sont adaptées en fonction des besoins et de l'état de santé des patients. (Ali Recham, 2012, p.29).

Les maladies, sans exception, souffrent d'épuisement permanente sans que celui-ci ne soit justifié par le déploiement d'efforts particuliers. Parallèlement, à mesure que la maladie progresse, le teint des malades prend une couleur jaune-orangé. (Ali Recham, 2012, p.28).

Le fait de vivre donc avec une maladie chronique et être dépendant de la machine dialyse ; fragilise l'état psychique du sujet comme la transformation de son corps et son image et ces capacités physiques, perte de son statut social et l'abondants de ses activités professionnelles, ainsi que la présence de l'idée de mort. Autrement, dit cette maladie grave entraîne des perturbations physiques comme la dimension émotionnelle avec des modifications d'humeur et l'aspect de l'estime de soi avec les modifications de l'image de corps et ses atteints identitaire.

Les maladies chroniques notamment l'insuffisance rénale chronique ne peuvent donc pas se résumer aux seules complications somatiques, le retentissement psychologique et aussi présent.

La maladie interrompt le silence des organes et fait découvrir au malade un corps méconnaissable, bruyant, fragile, affaibli, usé, impur... Tout en étant agressé, le corps devient agresseur et menace constamment la personne de diverses complications : « Moi, pendant des années, je n'ai pu être que dans un moi malade, empêtré par un corps devenu traître et exsangue... Le patient subit. Il est enfermé dans un état inférieur. L'état d'un danger qu'il ne

Problématique et hypothèses

peut maîtriser » Dans l'insuffisance rénale, le corps est incapable d'évacuer les urines et certains produits toxiques, la survie est sévèrement menacée. Cette pathologie se traduit dans l'imaginaire par des fantasmes d'impureté. L'organisme perd son autonomie, créer artificiellement l'ouverture devient vitale et la fistule artérioveineuse sur l'avant-bras est le témoin de cette faillite : « Vous créez 'un abord vasculaire'. Vous 'artérialisez' une veine pour lui donner un débit suffisant à une circulation extracorporelle. Vous appelez ça un 'pont artérioveineux', une 'fistule'. Pour moi, le malade, cette chose c'était un petit cœur qui battait à mon poignet, un relais électrique qui me branchait à une mécanique savante, qui me faisait entrer dans l'horrible. Mais l'horrible m'était devenu indispensable ». Cet orifice transforme l'image du corps, impose un nouvel échange avec l'extérieur et dicte d'autres formes de dépendance : « Ma peau était couverte de cicatrices et d'anomalies, d'orifices faits de bric et de broc, accessibles ou bouchés. Elle ne délimitait plus une intégrité. Et puis, à regarder mon sang gambader dans des tubulures. Artère du rein artificiel, ses fibres-filtres ; sa veine, ils revenaient dans mon corps avec le retour du sang. Ils coulaient, couraient dans cet état du danger. En alerte, ils humaient les humeurs, recherchaient les tumeurs. Subrepticement, la peur s'est emparée de moi et m'a retourné sur moi-même comme une seiche. Je me suis noyé dans mon tréfonds, dans l'encre de la maladie ». Avant chaque séance d'épuration, le malade se pèse pour calculer le surplus de poids à perdre. La machine est symboliquement présente durant chaque repas et interdit l'excès en rappelant constamment les règles. La dialyse intervient pour réajuster le corps pris dans le jeu instable du surpoids et de la perte. (A. HAYNAL / W. PASINI, M. ARCHINARD, 1992, p. 65).

C'est grâce à F. Dolto qui va, par la suite, venir clarifier ces imprécisions. S'appuyant sur le stade du miroir de J. Lacan, qui évoque une image spéculaire, elle parle « d'image inconsciente du corps » et décrit trois composants : « image de base, image fonctionnelle, image érogène, lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade d'évolution » (V. Justine. 13).

L'image de base permet d'assurer le sentiment d'exister en continu ; « L'image de base est ce qui permet au sujet de se ressentir comme une "mêmeté d'être" (...) c'est cette 'mêmeté d'être', fortement ou tégument pérenne, que vient la notion d'existence ». L'image fonctionnelle est active, elle permet d'assurer l'identité et d'établir des relations avec l'envi l'environnement ; « Le sujet vise à l'accomplissement de son désir ». Ce qui est recherché

Problématique et hypothèses

Ce niveau est la satisfaction de la pulsion sans la relation à l'autre et à ce qui l'entoure. L'image érogène assure l'identité sexuée, en permettant d'ouvrir « la voix d'un plaisir partagé, humanisant en ce qu'il a valeur symbolique ». Ceci se traduisant par les mots, les gestes ou les actes, dans le vécu de plaisir ou de déplaisir dans le lien à l'autre. Selon F. Dolto, ces modalités sont « reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce que j'appelle l'image dynamique ». L'image du corps est donc subjective, libinalisée, inconsciente et structurée par le langage. (V. Justine, 2013, P.14).

Non seulement l'image du corps qui se présente comme un trouble chez les hémodialysés mais aussi cela peut provoquer une certaine dépression.

Donc grâce à la théorie de pierre Marty la théorie psychanalytique, où il a parlé de la dépression essentielle, et cela nous aidera à mieux connaître et comprendre c'est quoi la dépression et elle se caractérise par quoi.

C'est en introduction en VIIIème séminaire de perfectionnement de l'institut de psychanalyse, le 30 janvier 1966, que P. Marty fait une brève communication intitulée « la dépression essentielle ». celle-ci nommée jusque-là dépression sans objet « constitue l'essence même de la dépression à savoir l'abaissement de niveau du tonus libidinal, sans contrepartie économique positive quelconque ». elle se présente « comme une disparition de la libido tant narcissique qu'objectale, et cela sans compensation économique autre que le morcellement fonctionnel ». « Ces deux termes : disparition de la libido d'une part, morcellement fonctionnel de l'autre, constitue la définition même de l'instinct de mort ». « La dépression essentielle constitue ainsi l'une des manifestations clinique majeures de la présence de l'instinct de mort ». (Marty.P,1998).

Cette dépression essentielle s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonction psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration. la désorganisation la plus large des principes vivants donne lieu à la pensée opératoire dont la dépression essentielle constitue l'un des éléments. » (Marty,1988, P.59).

Au cours d'une désorganisation progressive que, chez un individu, se produit et se prolonge la dépression essentielle et qu'apparaissent les maladies somatiques graves au bout d'un temps plus ou moins long.

L'aspect commun de la dépression essentielle et des maladies graves est représenté par l'absence d'organisation régressives, tant psychiques que somatiques lesquelles, nous le savons, auraient mis fin à la désorganisation.

Ce mémoire se veut un essai pour contribuer modestement à la non réduction de cette maladie non seulement au regard biologique mais incluant ainsi la dimension psychologique.

Donc notre mémoire repose à infirmer ou confirmer les hypothèses suivantes ou quelles repose notre recherche.

Hypothèses de recherche :

- Hypothèse générale :

L'insuffisance rénale chronique est considéré comme un facteur déclenchant qui mène à certaines personnes dialysées à avoir un malaise au niveau physiologique et psychologique.

- Les hypothèses partielles :

➤ Première hypothèse :

Chez les personnes atteints d'une insuffisance rénale chronique, la plupart d'entre eux se trait à travers l'hémodialyse à travers le cathéter au premier temps, ensuite à travers la fistule, et à cause du développement de cette dernière au niveau du bras, où leur image du corps représente comme un sentiment d'incomplétude du corps, jusqu'à parfois le sentiment de morcellement.

➤ Deuxième hypothèse :

À partir de l'utilisation de l'échelle de Beck par la suite, les hémodialysés Représentent non seulement un malaise au niveau de leur image du corps mais aussi Ils représentent un certain degré de dépression bien déterminer.

Opérationnalisation des concepts :

1- L'insuffisance rénale chronique :

- Se caractérise par un rein malade.
- Une diminution de filtration glomérulaire (diminution de la clairance de créatine).

- C'est une maladie silencieuse.

2- La dialyse péritonéale :

- Technique d'épuration plasmatique, qui veut dire des échanges entre le sang et un liquide d'épuration (liquide de dialyse).
- Permet au patient de gérer son traitement à domicile de manière autonome ou assistée.
- 4 à 5 échanges de 2 à 4 heures, 3 fois par semaines.

3- L'image du corps :

- La perception que la personne a de son corps.
- La perception qu'elle croit que les autres en ont.
- Selon Schilder, l'image du corps et le schéma corporel représente le même sens.
- Selon Anzieu l'image du corps veut dire espace mentale de pensée.
- Pour Dolto, le corps devient un lieu de langage archaïque.
- Ce qu'elle ressent lorsqu'elle pense à son corps et comment elle se sent dans son corps.

4- La dépression :

- C'est l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents.
- Trouble de l'humeur.
- Un état d'accablement ou de tristesse anormal.
- La dépression majeure, représente un sentiment d'abattement et de désespoir.
- La dépression essentielle, veut dire l'absence d'organisation régressives, elle est aussi appelée dépression sans objet.

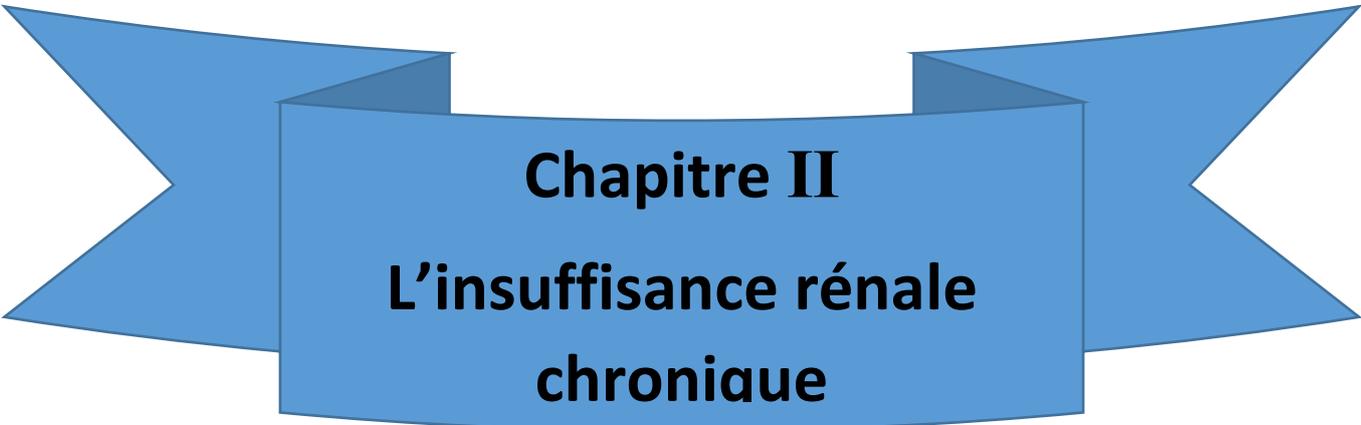
Choix du thème :

J'ai choisi cette thématique, car j'étais vraiment curieuse de savoir que veut dire l'insuffisance rénale sur le côté médecine et au même temps de la mieux comprendre. De plus au tant qu'étudiante en psychologie clinique, je voudrais bien étudier le côté psychologique des hémodialysés et de comprendre leur souffrance psychique. En plus j'ai entendu beaucoup de gens parler de cette fameuse comorbidité, donc c'est pour ça j'ai décidé de la prendre comme une thématique à étudier pour mon mémoire de fin de cycle.

Objectifs de la recherche :

L'objectif de notre recherche c'est bien que :

- Pour mieux comprendre l'insuffisance rénale chronique.
- Pour avoir de l'expérience.
- Afin de découvrir des nouvelles informations.
- Pour enrichir notre niveau d'étude.



Chapitre II
L'insuffisance rénale
chronique

Préambule :

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est devenue un problème de santé publique par sa fréquence de plus en plus élevée avec l'allongement de l'espérance de vie. Le patient relève alors d'un traitement de suppléance par dialyse ou transplantation rénale. Dans notre travail nous avons focalisé sur l'image de corps chez les hémodialysés le traitement de Dialyse.

I. L'insuffisance rénale chronique :

1. La définition du rein :

Le rein est un organe double situé dans la partie postérieure de l'abdomen, à côté de la colonne vertébrale. Sa forme ressemble à un gros haricot ou à un embryon. Il pèse entre 200 à 300 grammes, sa hauteur varie entre 10 à 12 cm, sa largeur est de 5 à 6 cm, tandis que son épaisseur atteint 3 cm. Ces dimensions sont importantes à connaître car l'atrophie est un signe de dysfonctionnement. Cet organe est vasculaire par la veine et l'artère qui sont les artères rénales. Il est constitué d'unités fonctionnelles appelées Néphrons. Chez l'homme normal, ils sont au nombre d'un million environ dans chaque rein. Ces unités anatomiques, microscopiques, sont composées de glomérules répartis dans la partie extérieure du rein et prolongés par des tubules qui débouchent dans les Calices.

La filtration glomérulaire et l'activité tubulaire constituent la fonction principale des reins. En assurant leurs fonctions excrétrices, filtre le sang en évacuant les urines, les reins jouent aussi un rôle important dans la régulation thermique du corps.

2- La définition de l'insuffisance rénale chronique :

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par une diminution de la filtration glomérulaire (FG) en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons fonctionnels (ce qui la différencie de l'insuffisance rénale aiguë).

C'est une réduction ni chronique plus je moi lentement progressive à laquelle fit suite et L'adaptation jusqu'à à une certaine limite par livre en restant afin de d sauvegarder L'homéostasie.

C'est une altération progressive des fonctions excrétrices et endocrine de parenchyme Rénal, conséquence de lésion anatomique irréversible.

La maladie rénale il est plus souvent silencieuse il est ainsi difficile de connaître avec Exactitude de la date de son apparition, le stade d'insuffisance rénale terminale (IRT) et Par contre symptomatique avec les signes cliniques liés à l'intoxication urémique.

Le terme de l'insuffisance rénale chronique décrit l'ensemble de la manifestation Clinique, biologique et radiologique secondaire a la destruction progressive du capital Néphrotique.

C'est une maladie chronique qui demande des traitements astreignants et entraine des Gros changements dans la vie des personnes qui souffrent ainsi que dans celle de leurs Proches. bien qu'elle nécessite un traitement de substitution, un suivi médical spécialisé. Selon le guide pratique d'hémodialyse : l'insuffisance rénale est définie comme une Diminution de pouvoir épurateur des reins et correspond donc à une diminution du Nombre de néphrons fonctionnels. En pratique elle se manifeste avant tout par une Diminution de la clairance de créatine.

3. Épidémiologie :

En France, on compte 1, 75 et 2,5 millions de personnes en IRC avant le stade Terminale. Comme dans l'ensemble des pays développés, l'incidence et la prévalence de L'IRC sont en progression constante. Cela est dû au vieillissement de la population et à L'augmentation des pathologie vasculaire et métaboliques (HTA et diabète) halo un Retentissement rénal.

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) touche environ 45000 malades. Les deux tiers sont actuellement traités par dialyse et un tiers par greffe rénal, cette population Augmente environ 7000 nouveaux cas/année. L'augmentation de l'incidence de l'IRCT porte Principalement sur les tranches de population les plus âgées.

La prise en charge des patients traités par hémodialyse à des couts considérables :

45 750 À 61000 euros/an soit près de 2 % des dépenses de santé en France.

L'incidence de l'IRT à deux grands variations géographiques et dépend de facteurs, tel

Que l'âge, la race et le sexe. L'incidence à portée de l'IRT aux États- unis en 1991 était

De 198 /millions d'habitants/an.

En 1993, la prévalence de l'IRT traitée par dialyse était de 170 000 personnes

Environ. L'incidence de l'IRT augmente d'environ 9%/ an aux États- unis.

La réhabilitation des patients traités par dialyse chronique reste globalement décevante

Alors que le prix de cette forme de traitement augmente considérablement. En raison du

Coût humain et social de l'IRCT, ainsi que des effroyable morbidité et mortalité associée

À cette IRC, tous les efforts devraient être faits pour préserver au mieux la fonction

Rénale et ralentir sa progression chez les patients atteints d'une maladie rénale. C'est

Insisté également sur l'importance des mesures de prévention de l'atteinte rénale, en

Particulier Dans les populations à risque (diabète, HTA, concers, uropathies).

4. Classification de l'insuffisance rénale chronique :

Tableau 1 _		Les différents niveaux	De l'IRC
		Créatininémie ($\mu\text{mol/l}$)	Clairance de la créatinine (ml / mn)
Débutante		110 à 150	60 à 100
Modérée		150 à 300	30 à 60
Sévère		300 à 600	15 à 30
Évoluée		600 à 800	10 à 15
Terminale		>800	< 10

5. Les différentes types d'IRC :

A. IRC avec anomalies morphologiques macroscopiques rénale :

Maladie polykystique rénale autosomique dominante (liée à une mutation sur le bras Court du chromosome 16), associée à une polykystose hépatique donc quatre-vingts à 90 Pour 100 des cas, ou récessive, néphronophtise ou maladie kystique de la médullaire, sclérose Tubéreuses de Bourneville.

B. IRC avec anomalies de transport :

Acidose tubulaire, diabète phosph-gluco-aminée ou syndrome de fanconi, cystinurie, Syndrome néphrotique congénital.

C. IRC avec anomalies métaboliques ou inflammatoires générales :

Maladie de fabry, oxalose rénale, cystinose, amyloses familiales héréditaires dont la Fièvre familiale méditerranéenne (FMF) ou maladie périodique (maladie des juifs), Syndrome de Muckle-Wells (surdité de perception débutant dans l'enfance + amylose Rénale AA.

D. IRC et affections congénitales :

Syndrome d'Apport (hématurie + surdité de perception + lenticone antérieur), ectasie Canaliculaire précalicielle ou maladie de Cacchi et Ricci, oligoméganéphronie.

6. Étiologie de L'IRC :

Il faut s'efforcer de retrouver la cause de l'IRC car certaines d'entre elles sont Réversibles lorsqu'elles sont identifiées et traitées correctement. Les principales causes D'IRT aux États-Unis en 1991 sont données dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Principales causes d'insuffisance rénale terminale et leur Incidence (USA : 1991).

Affection	%
Diabète	30,6
HTA	26,5
Glomérulonéphrites	13,6
Polykystose	3,4
Uropathies	5,4
Autres et inconnues	20,5

A- Néphropathie glomérulaire (40%) :

Le diabète est devenu la cause la plus fréquente d'IRT. Le diabète représente Environ 30% des formes d'IRT avec de larges variations d'un pays à l'autre. La néphropathie à dépôts mésangiaux d'IgA (maladie de Berger), la hyalinose Segmentaire focale, la glomérulonéphrite membrano-proliférative (GNMP) et les Glomérulonéphrite lupiques.

B- Néphropathie vasculaire (10%) :

1-Retentissement rénale de l'HTA (néphroangiosclérose bénigne ou maligne).

L'hypertension la 2^e cause reportée d'IRT. Dans une étude épidémiologique

Concernant 361 659 homme hypertendus suivis pendant 15 ans en moyenne, 924

Développent une IRCT. Ceci représente une incidence de 17,12 pour 100000 sujets

Par an. Le risque relatif de développer une IRT et multiplié par 30,9 lorsque la

Pression artérielle diastolique (PAD) est >120 mmHg par rapport à 70 mmHg. Pour

Une pression artérielle systolique (PAS)>200mmHg versus 120mmHg, le risque

Relatif d'IRT et de 48,2. Sur l'ensemble des valeurs tensionnelles, la pression

Artérielle représente un facteur de risque indépendant de survenue d'une IRCT.

Cette étude ne permet pas cependant de savoir si l'HTA est la cause ou la Conséquence d'une atteinte rénale préexistante. Il est intéressant de constater que la plupart des cas d'IRCT

surviennent pour des valeurs de pression artérielle définissant l'HTA maligne, dont l'atteint

Rénale est un des constituants bien classique, inversement, la survenue d'une IRCT chez des sujets seulement modérément hypertendus reste un évènement beaucoup plus rare.

- 1- Micro angiopathie thrombotique du syndrome hémolytique et urémique (SHU).
- 2- Les vascularites systémiques (Sclérodémie, PAN...)
- 3- Les IR athéromateuses : la maladie athéro-embolique par embolie de cristaux de cholestérol.

7. Facteurs de risque de survenue d'une IRCT : Les 4 principaux facteurs de risque d'IR terminale sont la race, l'âge, le sexe et l'histoire familiale.

A- Race :

Aux États-Unis, l'incidence d'IRT est 5 fois plus fréquente chez les sujets de Race noire que chez les sujets blancs. Chez les sujets noirs, âgés de 25 à 40ans, le risque de Survenue d'une insuffisance rénale secondaire à l'HTA est 20 fois plus élevé que chez les Sujets blancs. Le sujet noir en également une incidence élevée de glomérulosclérose focale Et segmentaire, soit idiopathique, soit associée à l'usage de drogues intraveineuses (héroïne) Ou le SIDA. Les sujets noirs ont également un risque 4 fois plus élevé de développer une IRCT liée au diabète de type 2 que les sujets blancs. L'inversement, la polykystique rénale Et la maladie de Berger sont très peu fréquentes chez les sujets noirs. La cause précise de ces Différences n'est pas bien établie, et fait intervenir probablement à la fois des facteurs Génétiques et environnementaux, mais aussi socio-économiques (difficulté d'accès aux Soins, etc.)

B- L'âge :

L'incidence de l'IRT aux États-Unis en 1991 ajustée pour la race est de 95/million D'habitants (pmh) chez l'adulte de 20 à 44 ans et de 760 pmh dans la tranche d'âge de 65a 74ans.

L'incidence de l'insuffisance rénale d'origine diabétique augmente de façon Important avec L'âge. Cependant, environ 50% des néphropathies diabétiques arrivent à L'IRT avant l'âge de 65ans. D'une façon générale, l'incidence de toutes les formes D'atteintes rénales Augmente avec l'âge. Avant l'âge 40 ans, certaines formes d'atteintes Rénale sont cependant plus fréquentes comme la hyalinose segmentaire et focale, le lupus Érythémateux, le purpura rhumatoïde, les néphropathies associées au SIDA et les Néphropathies héréditaires.

C- Sexe :

Le sexe est un facteur de risque additionnel pour le développement et la Progression de certaines formes de maladies rénales. Globalement, l'incidence de l'IRT est Plus élevée chez les hommes que chez les femmes (56 versus 44%). Cependant, certaines

Formes d'insuffisance rénale terminale, comme la néphropathie du diabète de type 2, la Néphropathie interstitielle par abus d'analgésique, le lupus érythémateux, la sclérodermie et La micro-angiopathie thrombotique sont plus fréquemment observées chez la femme.

D- Histoire familiale :

Chez les sujets diabétiques, l'existence d'une histoire familiale D'HTA ou de néphropathie diabétique augmente considérablement le risque de développer Une néphropathie diabétique. Certains polymorphismes génétiques semblent également gImpliqués dans la vitesse de progression d'une atteinte rénale, comme par exemple le Génotype DD, du polymorphisme insertion / délétion du gène de l'enzyme de conversion de L'angiotensine qui constitue un facteur de risque péjoratif pour l'évolution d'une atteinte Rénale, en particulier au cours du diabète ou de la maladie de Berger.

8. Manifestation clinique et biologique :

L'IRC peut perturber l'ensemble des tissus et organes, chacun d'entre eux étant ± Marqué pour un malade donné. L'urée sanguine ayant été le premier marqueur facilement Identifié, le nom de « syndrome urémique » à longtemps été le terme utilisé pour Représenter l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques associées à l'IRC.

Le déficit fonctionnel ne devient patent, sur le plan biologique, que lorsque près des 2/3 Du parenchyme rénal sont détruits.

Lorsque 90à95% du parenchyme rénal est détruit (clairance de la créatinine de l'ordre de 5 ml/mn), les conditions minimales du maintien de l'homéostasie ne peuvent plus être Assurées et les perturbations de l'homéostasie incompatibles avec la vie vont s'installer Et la vie du malade ne peut être sauvée que par la dialyse.

1- Manifestation endocriniennes et métaboliques :

- Ostéodystrophierénale : ostéomalacie aluminique+ hyperparathyroïdisme secondaire.
- Intolérance aux glucides, hyperuricémie, hypothermie.
- Hypertriglycémie, dénutrition protidocalorique.
- Anomalies de la croissance et du développement.
- Stérilité et trouble sexuels.
- Arthropathie des dialysés, fonction thyroïdienne perturbée.

- Fonction gonadique perturbée (aménorrhée et frigidité chez la femme ; impuissance chez l'homme).
- Trouble de la croissance (nanisme rénal).

2- Manifestations gastro-intestinales :

- Anorexie, nausées et vomissements.
- Foetor urémique, gastro-entérite.
- Ulcère peptique, hémorragie gastro-intestinale.
- Hépatites, ascite réfractaire de l'hémodialysé
- Péritonite.

3- Manifestations cardiovasculaires et pulmonaires :

- HTA.
- Insuffisance cardiaque congestive, OAP.
- Péricardite, cardiomyopathie.
- Athérosclérose accélérée, hypotension et arythmies.
- Poumon urémique.

4- Manifestations dermatologiques :

- Pâleur, hyper pigmentation.
- Prurit, ecchymoses.

5- Manifestations neuromusculaires :

- Fatigue, troubles du sommeil, céphalées.
- Troubles de la conscience, léthargie, astérixis.
- Hyperexcitabilité neuromusculaire.
- Neuropathie périphérique.
- Syndrome des jambes sans repos.
- Paralysie, myoclonie, convulsion, coma.
- Crampes musculaires.
- Syndrome de déséquilibre dialytique.
- Démence dialytique, myopathie.

6- Manifestations hématologiques et immunologiques :

- Anémie normochrome normocytaire.
- Anémie microcytaire, lymphocytopénie.

- Syndrome hémorragique.
- Augmentation de la susceptibilité aux infections.
- Splénomégalie et hypersplénisme.
- Leucopénie, hypocomplémentémie.

7- Perturbations hydrélectrolytiques :

- Expansion et contraction volémique.
- Hyper et hyponatrémie, hyper et hypokaliémie.
- Acidose métabolique, hyperphosphatémie, hypocalcémie.

9. Diagnostic

A- Diagnostic positif de l'IRC : Les circonstances dans lesquelles on est amené

À faire le diagnostic d'IRC sont de 2 ordres :

- Soit que la néphropathie est connue et, au cours de la surveillance régulière du malade, on
- Constate l'augmentation progressive de la créatininémie, en même temps que la baisse de
- La clairance de la créatinine.
- Soit que la néphropathie n'est pas connue et le malade en IRC consulte pour une des

Manifestations extrarénales secondaires à celle-ci : anémie, troubles digestifs, HTA...

L'IRC est parfois évoqué devant l'existence d'une polyurie nocturne (nycturie) ou d'une HTA ; elle est le plus souvent découverte grâce aux examens biologiques (augmentation de L'urée et de la créatinine).

L'interrogatoire recherche la notion d'altération préexistantes de la fonction rénale,

D'HTA, de protéinurie, d'infection urinaire à répétitifs, de maladies familiales où

Générales à l'origine de complications rénales(diabète), les prises médicamenteuses

Récents ou anciennes (médicaments néphrotoxiques). Les professions exercées seront

Précisées (exposition professionnelle).

On ne recourra jamais en premier attention aux examens radiologiques utilisant des

Produits de contraste yohji une iodés qui sont néphrotoxiques et risquent d'aggraver

Parfois dramatiquement, la situation (myélome, diabète, sujet âgé ou déshydraté, RC).

B- Éléments permettant d'affirmer le diagnostic d'IRC :

- Des antécédents évocateurs (maladies chroniques).
- Dosage intérieur de la créatinine plasma plasmatique (anormal).
- Nycturie, polyurie.
- Pâleur (sans saignement).
- Hyperparathyroïdisme secondaire : hypocalcémie hyperphospho-rémie.
- Ostéodystrophie radiologique (lésions osseuses).
- Reins de petite taille dédifférenciées (échographie) : la taille du rein et d'autant plus petite que d'IRC est avancée (sauf amylose, diabète, polykystose).

NB : l'analyse des urines n'a aucune utilité pour le diagnostic de l'IRC.

C- Diagnostic biologique :**1- Le débit de filtration glomérulaire : $DFG=U \times V/P$.**

V : débit urinaire (ml/mn).

P : concentration plasmatique de la substance x.

U : concentration urinaire de la substance x.

On pratique, la détermination de la FG par la clairance de l'inuline n'est pas réalisée

Facilement (mesure longues, techniques de dosages difficiles et coûteuses) et l'on fait

Appel à la mesure de la clairance de substances endogènes comme par exemple

La créatinine. Le dosage de la créatinine plasmatique, est très utilisé en pratique

Quotidienne pour apprécier la fonction rénale, ceci en raison de sa simplicité.

Les valeurs de la créatinine plasmatique considérées comme normales sont de 80 à 110

$\mu\text{mol/}$ chez l'homme (9 à 13 mg/l) et 60 à 90 $\mu\text{mol/L}$ chez la femme (7 à 10 mg/l).

D- Diagnostic différentiel :

Devant un tableau biologique l'insuffisance rénale, le problème et le diagnostic

Différentiel entre insuffisance rénale aiguë et chronique : animé, hypocalcémie

Et diminution de la taille des reins sont en faveur de cette dernière.

En faveur de L'IRA en retiendra :

- La notion de fonction rénale normale dans un passé récent.
- La présence de reins de taille normale ou augmentée à l'échographie, une dilatation éventuelle des cavités excrétrices.

En pratique, une situation clinique demeure de diagnostic difficile : le patient sans suivi Médical antérieur, ou sur lequel manquent des informations récentes concernant sa fonction Rénale, ayant des reins de taille normale mais avec une dédifférenciation cortico-médullaire À l'échographie, et un syndrome glomérulaire : la PBR après contrôle tensionnel soigneux Permet généralement de rattacher le tableau à une glomérulopathie évoluée (néphropathie À IgA, diabète de type II) ou une néphropathie aigue notamment une GNRP.

10- précautions d'emploi des médicaments chez un IRC :

A- Modifications pharmacocinétiques liées à l'IRC (indépendante du Mode d'excrétion des médicaments) :

1- La résorption digestive de certains médicaments peut être perturbée par l'IRC elle-même (entéropathie de l'IRC, corticoïdes, β -bloquants, etc.), ou par l'association de Médicaments indispensables à la prévention de complication dégénératives de l'IRC (Carbonate de calcium, hydroxyde d'alumine).

2- Les transformations hépatiques et les liaisons aux protéines peuvent être perturbées par L'acidose, la dyslipidémie, modifiant en plus ou en moins les concentrations des formes Libres et / ou des métabolites parfois toxiques, de certaines molécules (anti vitamines K, Hypolipémiants, hypourécimants...).

3- Les désordres hydro-électrolytiques peuvent modifier les espaces de distribution des

Médicaments.

4- Les reins interviennent \pm moins dans la clairance plasmatique des médicaments

(Métabolisme) et conditionnent ainsi leur taux résiduel avant la prochaine prise.

B- Modifications pharmacocinétiques dépendant de la voie d'élimination

Rénale des médicaments :

1- Lors de grandes protéinuries avec fonction rénale normale, les médicaments très fortement liés aux protéines ont une excrétion rénale augmentée et une moindre biodisponibilité (anti vitamines K, furosémide).

2- Les médicaments éliminés par voie rénale, ont une demi-vie plasmatique élevée en cas d'IRC. Pour éviter l'accumulation plasmatique il convient d'en espacer les prises ou de diminuer la dose des médicaments prescrits.

L'IRC augmente la concentration plasmatique des médicaments éliminés par le rein. Cette accumulation entraîne une toxicité rénale et sur d'autres organes surtout le nerf auditif.

Tableau 5- médicament éliminé par le rein ayant une $\frac{1}{2}$ de vie courte : réduire la posologie sans modifier l'intervalle des prises.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Pénicilline à dose >10 million UI/24h.- Céphalosporines : céphacétrile, céfapirine, céphradine, céfoxitine.- Céphaloridine, céfalexine, céfazoline, céfadroxyle, ceftazidime.- Cimétidine. |
|---|

L'évaluation de l'équilibre glycémique au long cours se fait grâce à la mesure de

L'hémoglobine glyquée (HbA1c). Dans le diabète avec IRC la valeur d'interprétation de

L'HbA1c peut être modifiée par 2 interférences : d'une part, on observe une diminution de

La durée de vie des hématies chez l'urémique, qui tend à diminuer le taux d'HbA1c ;

D'autre part il existe une fausse augmentation des taux d'HbA1c chez le patient urémique

Lorsqu'elle est mesurée avec des dosages non spécifiques. Le dosage de la fructosamine

Qui est également un marqueur de l'équilibre glycémique peut être avantageusement

Proposé, mais il ne donne une appréciation que sur une période de 3 semaines environ ; il

Peut cependant être facilement répété chez des patients de toutes façons suivis
Régulièrement.

11- modalités de traitement de l'IRC :

- Diététique (régime pauvre en potassium±RSS)
- Traitement médicamenteux (calcium, fer, foline...)
- Dialyse (dialyse péritonéale et /ou o hémodialyse).
- Transplantation rénale

12- traitement de l'insuffisance rénale chronique :

La dialyse fait appel à une membrane qui joue le rôle de filtre qui sert à éliminer les toxines Et
Les excès de liquide du sang. Il existe 2 types de :

La dialyse fait appel à une membrane qui joue le rôle de filtre qui sert à éliminer les toxines Et
les excès de liquide du sang. Il existe 2 types de :

A- La dialyse péritonéale : il existe deux variantes :

- La dialyse péritonéale ambulatoire :

Si le patient qui laisse s'écouler une poche d'environ deux litres de sa cavité
Abdominale par tubulure. Après un temps défini par le médecin en charge en (suivant 3 - 4
Heure), le patient retirera lui-même le liquide, une fois l'abdomen vidé, il réinjectera par le
Contenu d'une Nouvelle poche de dialysat. Le procédé est préparé 3 à 4 fois par 24h.
L'avantage est qu'entre Chaque échange de poche, le patient peut vivre ou travailler
normalement.

- La dialyse péritonéale automatisée :

Se passe la nuit, avant de s'endormir, le patient branche son cathéter à une machine
Programmée qui se charge de charger de dialysat. Cette solution est un peu moins
Contraignante que le premier cas il n'y a pas de manipulations nécessaire pendant la journée.

II- la dialyse et hémodialyse :

1- La définition de dialyse : Technique d'épuration plasmatique qui, comme
l'hémodialyse, est fondée sur le principe des échanges entre le sang (à épurer)

Et un liquide d'épuration (liquide de Dialyse) séparés par une membrane semi-perméable (le Péritoine).

La dialyse, dont le nom vient du grec dialysis, dissolution, désigne une opération Physico-chimique d'une grande importance. Soit deux solutions différentes séparées Par une membrane semi-perméable. La dialyse est un transfert de matière (les Molécules d'un des solutés) qui s'établir spontanément, sous l'influence de la Différence des potentiels chimiques de ce soluté, des deux côtés de la membrane.

La dialyse péritonéale n'exige pas l'emploi d'équipements importants.

La cavité péritonéale peut contenir jusqu'à trois litres, cependant, en utilisation Clinique, Les volumes les plus fréquents sont de 1,5 à 2,5l. Il s'agit d'une épuration du Sang intracorporelle puisque le sang ne quitte jamais le corps du patient donc ne Nécessite pas d'anticoagulants.

Tout comme en hémodialyse, les déchets présents dans le sang sont éliminés selon le Mécanisme de diffusion. Une différence de concentration induit leur transfert du Compartiment sanguin vers le liquide de dialyse péritonéale.

2- Historique :

Dès 1923, Ganter avez publié une technique consistant à infuser puis à enlever Une Solution saline de la cavité péritonéale d'un porc dans le but de traiter L'insuffisance rénale.il s'agit sans doute de la première utilisation du péritoine comme Une membrane d'échange permettant l'épuration des toxines.

La dialyse péritonéale a été initialement utilisée vers 1945-1946 comme traitement de L'insuffisance rénale aigue, et, pendant plus d'une décennie, elle resta le procédé D'épuration le plus utilisé ; l'apparition d'une nouvelle génération de reins artificiels Plus performants contribua à la rendre moins intéressante que l'hémodialyse.

1962- Dialyse péritonéale intermittente (DPI) de suppléance : prothèse permanente Trans pariétale pour accès au péritoine ; cathéter en polyéthylène à usage unique.

Elle utilise une machine automatique réalisant la préparation du bain. La durée de la Séance est de 12à 24h, à raison de 2ou 3 fois par semaine, en centre ou à domicile.

1964-DPI par ponction répétée.

1968- Tenckhoff : cathéter permanent.

1972- Générateur de liquide de dialyse péritonéale.

1976-R. Popvitch et J. moncrief : Dialyse péritonéale continue en ambulatoire(DPCA)

1977-Oreopoulous (canada) : améliore la DPCA en utilisant un liquide de DP

Conditionné dans des sacs en plastique (au lieu de bouteilles en verre).

1980-Diaz Buxo : Dialyse péritonéale continue cycle (DPCC).

1984-DP intermittente quotidienne nocturne.

3- Préparation de la dialyse péritonéale :

Les cathéters de dialyse péritonéale sont placés dans la cavité abdominale et

Peuvent être Utilisés assez rapidement après leur mise en place. Cependant, pour

Minimiser risque de fuite, il est préférable d'attendre au moins 10 à 14 jours avant de

Débuter la Dialyse.

Pour cette raison, les dialyses en urgence sont pratiquement toujours effectuées par

Hémodialyse et sur cathéter central temporaire et il est alors plus difficile dans

Un second temps de réorienter le malade sur une technique de dialyse péritonéale

(Anurie, etc.). La dialyse péritonéale est particulièrement indiquée chez les patients

Normo-albuminémiques qui gardent une bonne diurèse résiduelle.

Le matériel comprend les cathéters, les appareils d'administration et les solutés de

Dialyse.

4- Différents types de dialyse :

A- La dialyse péritonéale continue(DPC) :

Ce traitement peut s'effectuer à la maison, ce qui offre plus de liberté et de la flexibilité. En DPC, la cavité péritonéale contient environ 2 litres de liquide de dialyse en tout temps de telle sorte que le sang est purifié constamment. Le liquide est changé régulièrement au cours de la journée.

- **Il y'a deux types de DPC :** la dialyse péritonéale continue ambulatoire(DPCA) et la dialyse continue cyclique (DPCC).

1- DPCA :

En DPCA l'échange est fait quatre fois/j, en vidant le vieux liquide et en remplissant la cavité péritonéale de liquide frais. Ceci requiert environ 15 minutes. Les échanges sont faits régulièrement tout au long de la journée.

Les échanges font appel au phénomène physique de la gravité pour drainer le dialysat usagé hors de la cavité péritonéale et pour le remplacer par du dialysat frais.

2- DPCC :

En DPCC, le patient est rattaché à un appareil automatique appelé le « cycleur » qui exécute tous les échanges chaque nuit durant le sommeil. Le matin, au débranchement de l'appareil, environ deux litres de liquide sont laissés dans la cavité péritonéale pour la journée. Dans la soirée, on vide ce liquide au moment du branchement au « cycleur » automatique pour la nuit. Le cycleur mesure avec précision la quantité de dialysat injecté et drainé de l'organisme.

Le fonctionnement des cycleurs de DPA est simple et sûr. Ces machines peuvent être utilisées n'importe où pour autant que l'alimentation en électricité soit assurée.

B- Dialyse péritonéale intermittente (DPI) : ce traitement est

Ordinairement fait à l'hôpital. La plupart des patients ont besoin de 36-44h de DPI par semaine.

La DPI est habituellement prescrite en séances de 10 à 12 h, consommant chacune de 40 à 50 l de liquide de dialyse (débit dialysat de 3 à 4 l/h). Le programme comporte le plus souvent 3 séances /semaine.

On estime qu'une FG stable à 1ml/mn équivaut, durant une semaine, à 9h de DPI.

Le liquide est laissé dans la cavité péritonéale pendant un court moment et il est ensuite drainé. Un cycle complet est appelé un « échange ». Un échange de DPI dure environ une heure.

2-Définition de l'hémodialyse :

L'hémodialyse est une technique d'épuration extra-rénale qui met en contact le sang du malade, par l'intermédiaire d'une membrane semi-perméable, avec une solution de dialyse, circulant à contrecourant.

3- Aspects techniques :

A- Aspect général : l'hémodialyse met à profit deux propriétés physiques des membranes semi-perméables :

1- Diffusion : Transfert passif de substances dissoutes à travers une membrane, sans passage de solvant (eau). C'est le principal mécanisme épurateur dans l'hémodialyse : Électrolytes et molécules de petit PM (urée, créatinine...) diffuse à travers la membrane du milieu le plus concentré au milieu le moins concentré.

2- L'ultrafiltration : phénomène régi par un gradient de pression qui fait passer un liquide à travers une membrane semi-perméable. C'est le phénomène physique par lequel un liquide traverse une membrane semi-perméable. Le gradient de pression exercé au niveau de la membrane en est la force motrice. Le gradient de pression peut s'appliquer de 3 manières différentes : une pression, hydrostatique, crée par l'action d'un piston ou d'une pompe par exemple, peut être soit positif, soit négative. La pression hydrostatique est positive lorsque le liquide est « poussé » à travers la membrane, tandis qu'elle est négative lorsque le liquide est aspiré à travers la membrane. Lors d'une séance d'hémodialyse, la combinaison des pressions positives (coté sang) et négatives (côté dialysât) constitue le gradient de pression total au niveau de la membrane. Ainsi, la différence de pression entre les 2 compartiments (PTM) règle l'importance de l'ultrafiltration et est utilisé pour faire perdre du poids au patient.

- **La convection :** phénomène de transfert des solutés accompagnant le passage d'eau à travers une membrane (processus d'entraînement par un solvant).
- **Hémofiltration :** épuration par convection. La pression hydrostatique exercée sur une membrane semi-perméable assure le transfert d'une partie du plasma (ultrafiltrat).

Technique qui reproduit la filtration glomérulaire, compensation hydrique et stabilisation hémodynamique plus grande car épuration continue et débit constant.

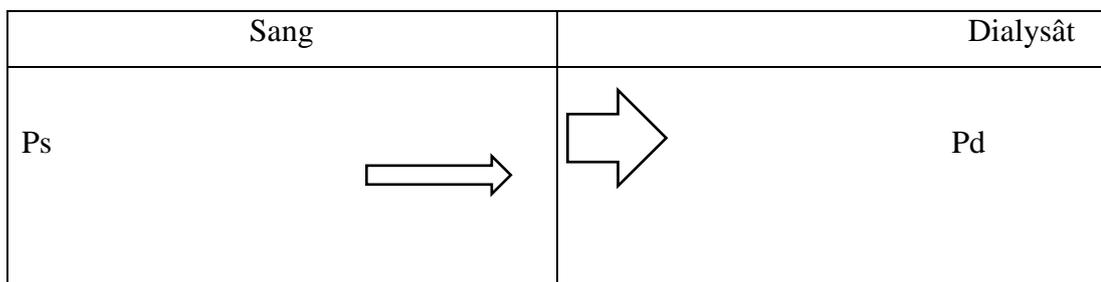
- **Hémodiafiltration(HDF) :** épuration extrarénale continue associant au cours d'une même séance une ultrafiltration importante une hémodialyse conventionnelle. Elle doit ainsi permettre de combiner les deux méthodes sans en avoir les inconvénients, la

Convection épurant de façon satisfaisante les « moyens molécules » et la diffusion assurant l'épuration des petites molécules. La méthode cumule donc une hémodialyse de courte durée (3 heures environ) et une ultrafiltration de 10 à 16 litres par séance. Une pompe

Supplémentaire permet de réinjecter le liquide de substitution préalablement réchauffé, au niveau du piège à bulle.

- **Biofiltration** : cette méthode est assimilable à l'hémodiafiltration. La seule nuance est liée à la quantité de réinjection plus faible en biofiltration : 3 litres au lieu de 10 litres en HDF.

1- La pression Transmembranaire :



Sur le schéma ci-dessus illustrant le processus d'élimination des liquides dans un dialyseur, les flèches blanches représente les pressions dans le compartiment « sang » (positives) et dans le compartiment « dialysât » (négatives). Le gradient de pression qui se crée, autrement dit la pression transmembranaire (PTM), induit un transfert de liquide (ex : eau) du sang vers le liquide de dialyse. La pression oncotique n'est pas représentée sur ce schéma. La pression côté dialysât étant négatives, il est possible d'exprimer la PTM de la manière suivante :

$$PTM = Ps + Pd$$

2- L'hémodialyse nécessite :

- 1- **Un abord vasculaire** : Généralement c'est une fistule artério-veineuse.

2- Une membrane de dialyse : définie par sa surface, nature, biocompatibilité, sa perméabilité à l'eau et à différentes substances, sa structure au sein de dialyseur (capillaire ou plaque).

3- Circuit sanguin extracorporel : Avec ligne, pompe, et système de décoagulation

4- Circuit de dialyse.

5- Des appareils de contrôle continue des 2 circuits.

3- Eau pour l'hémodialyse : Le circuit débute avec l'eau de ville qu'il faut traiter

Afin d'enlever les agents non désirés pour l'eau utilisée lors de la dialyse : bactéries, endotoxines, ions, sels minéraux, météo. L'eau doit subir un traitement spécifique, même si elle provient d'un réseau de distribution publique. Le traitement comporte généralement 3 étapes principales qui sont le prétraitement, le traitement et la distribution à adapté en fonction de la qualité de l'eau de ville présente en début le circuit.

1- Le prétraitement : Il consiste à adapter les paramètres chimiques de l'eau pour

Permettre une protection de l'installation située en aval.

Plusieurs filtres placés en série effectuent une filtration progressive de particules présentes dans l'eau. Il est important de changer régulièrement ces filtres (selon une fréquence adaptée à la qualité de l'eau traitée) afin d'éviter tout risque de relargage. Selon l'origine de l'eau, une filtration anti colloïdes peut être nécessaire.

L'adoucisseur : permet l'élimination du calcium et du magnésium de l'eau. Le filtre à charbon actif permet de déchlorer l'eau (chlore et chloramines). Ces deux opérations sont nécessaires pour protéger les membranes des osmoseurs placés en aval.

2- Le traitement de l'eau : l'eau (filtrée, adouci et déchlorée) poursuit son parcours afin de subir par exemple deux osmose inverses consécutives. Ce procédé consiste à créer une forte pression à l'entrée de l'osmoseur dont les membranes séparent le liquide perméat (l'eau pure est passée de l'autre côté de la membrane et en concentrât (les résidus contenus dans l'eau sont évacués par un autre circuit).

L'osmose inverse semble être le traitement le mieux adapté pour assurer une qualité microbiologique et chimique de l'eau.

3- La distribution : Elle passe alors dans une boucle de distribution pour être amenée jusqu'aux appareils d'hémodialyse. Cette opération doit garantir une non-altération des propriétés physico-chimiques et bactériologiques obtenues en fin de phase de traitement.

4- Le dialyseur : le tableau 2 présente les deux principales formules de dialyse utilisées dans la pratique courante.

Tableau 2_ Composition du dialysât (ou baine de dialyse)

Soluté (mmol/l)	Bain acétate	Bain bicarbonate
Cations		
Sodium	142	142
Potassium	2	2
Calcium	1,75	1,75
Magnésium	0,50	0,50
Anions		
Chlore	111	105
Acétate	38	6
Bicarbonate	0	38
Glucose	11	0

4- Les membranes : les membranes utilisées en hémodialyse sont des membranes à fibres creuses. Elles sont formées de plusieurs milliers de fibres creuses dans lesquelles circule le sang tandis que le dialysât circule entre elles. On distingue 2 types de membranes :

- 1- Les membranes celluloseuses :** dérivées de la cellulose naturelle. Elles sont pour la plupart peu biocompatibles car source d'activation de complément sérique.
- 2- Les membranes synthétiques :** elles permettent une épuration de solutés de plus grand PM et présentent une meilleure biocompatibilité.

5-Choix du traitement de suppléance rénale : le choix entre l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale doit être discuté en fonction de considérations telle que la disponibilité, de la technique, des conditions sociales de vie et de l'éloignement du centre de dialyse et enfin des comorbidités associées notamment la possibilité de tolérer des soustractions volémiques rapides pendant des séances d'hémodialyse. Par exemple, la dialyse péritonéale peut être plus

Appropriée chez un patient diabétique en insuffisante cardiaque et incapable de tolérer les variations volémiques rapides associées à l'hémodialyse.

6-preparation à l'hémodialyse :

A- La réalisation d'un accès vasculaire : cet accès doit être placé à l'extrémité du bras non dominant Pour diminuer le risque de vol vasculaire et d'infection. La préservation du capital vasculaire commence tôt au cours de l'IRC et les prélèvements veineux doivent être effectués dans le bras opposé à celui prévu pour le futur accès vasculaire et même Idéalement au niveau des veines du dos de la main.

B- La vaccination préventive contre l'hépatite B : en effet, du fait de la diminution de la réponse immunitaire chez les patients urémiques, des protocoles renforcés comportant des injections multiples de vaccins sont nécessaires. Le protocole usuel comporte 4 injections de vaccin (Geneva B ou Engerix) effectuées à 0-1- 2 et 4 mois et suivies du titrage des anticorps anti- HBs.

C- Réaliser un bilan de transplantation complet : pour inscription sur liste de transplantation.

7-résultats cliniques :

A- Efficacité de la dialyse : l'efficacité de la dialyse dépend de l'adéquation du traitement et du statut nutritionnel du patient. La norme proposée par les recommandations américaines de bonne pratique clinique pour mesurer la dose thérapeutique effectivement administrée est le rapport Kt/V de l'urée.

B- Épuration de l'urée : Kt / V ou dose de dialyse : traditionnellement la clairance de l'urée est le marqueur essentiellement utilisé pour quantifier l'efficacité de la dialyse, mais c'est une mesure instantée.

C- Clairance des molécules de plus grand PM :

1- La β_2 microglobuline (β_2m) : de PM 11800 daltons, circule dans l'espace extracellulaire et sa valeur sérique normale est de 1-3mg/l.

2- La PTH : elle sert également de marqueur pour l'épuration des molécules de moyen PM. L'augmentation de la sécrétion d'hormone parathyroïdienne (PTH) peut induire des manifestations multiples : douleur osseuse, fracture, retard de croissance,

Déformation du squelette, rupture tendineuse, arthrite et périarthrite, prurit, htp, encéphalopathie, neuropathie, cardiomyopathie.

D- Dialyse adéquate : la dialyse « adéquate » a pour but d'assurer au malade une durée de vie normale et un état clinique satisfaisant lui permettant une bonne insertion socioprofessionnelle.

E- Statut nutritionnel du patient : la dialyse stimule le catabolisme protidique. La mesure du PCR (protéine catabolique rate) permet d'estimer le catabolisme des protides de l'organisme entre deux séances de dialyse.

8- critères de dialyse adéquate :

A- À court et à moyen terme :

1- Critères per dialytiques : c'est la bonne tolérance clinique des séances d'hémodialyse.

2- Critères inter dialytiques :

- Normalisation de la pression artérielle sans médicaments antihypertenseurs.
- Une prise de poids entre chaque dialyse <5% du poids corporel
- État nutritionnel stable, nécessitant des prescriptions diététiques.
- Contrôle de l'anémie, avec un taux d'hémoglobine > à 7g/dl, sans transfusion.
- Kaliémie pré-dialyse < à mmol/l, calcémie normale, phosphorémie pré-et post dialytique entre 1,6 et 0,8 mmol/l.
- Absence de péricardite.
- Qualité de vie acceptable (personnelle, professionnelle, familiale).

B- À long terme :

1- Longévité normale compte tenu de l'âge et des facteurs de risque lors de la prise en charge.

2- Prévention des complications osseuses sévères :

- Prévention de l'ostéopathie aluminique.
- Prévention et traitement adéquat de l'hyperparathyroïdisme évolutif.

III- Transplantation rénal :

Comme nous l'avons vu, la greffe est la seule issue possible pour échapper à la dialyse, et la seule promesse d'une vie meilleure. Aussi, l'espoir de subir un jour une transplantation représente-t-il un soutien moral incomparable pour les patients retenus par les néphrologues Odans cette perspective.

Le receveur aboutit à la greffe, au terme d'une période de dialyse plus ou moins longue et épouvante et avec des sentiments partagés : espoir d'une renaissance, d'une recombplétude, mais angoisse devant une opération majeure, devant l'incertitude de son succès. Son état d'esprit ne manque pas d'ailleurs d'être influencé par l'évolution des greffés précédents. Une fois la transplantation effectuée, divers problèmes psychologiques peuvent être observer chez les receveurs, comme dans la plupart des situations liées à la transplantation d'organes.

Dans ce cas précis, notant que dans les premiers jours poste opératoires, l'émission d'urine a une signification très particulière : certaines malades les attendent, ont apprécié l'abondance comme si leur vie en dépendait ; les diurèses suffisantes leur donnent un sentiment de détente, voire d'euphorie, alors que l'absence ou l'abaisse de la diurèse déclenche de l'anxiété.

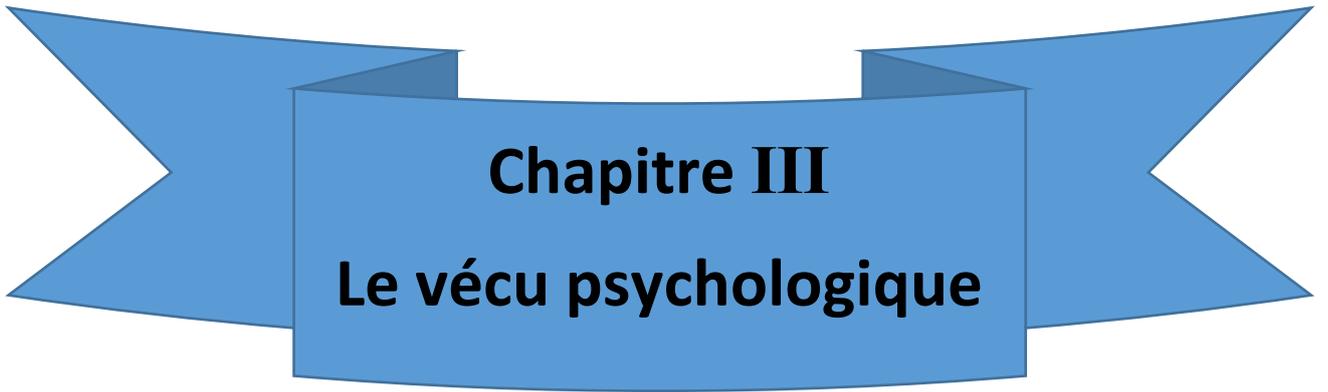
L'échec de la greffe et l'ablation du transplant ont plusieurs significations pour le malade :

- Sa complétude, en fin rétablie, lui est à nouveau enlevée.
- Son indépendance, en fin reconquise, est reperdu.
- Il doit « tout recommencer » __ c'est-à-dire la dépendance inconditionnelle à la machine, les privations, l'absence de bien- être, etc.
- En fin et surtout, la menace de mort, que la greffe avait provisoirement éloignée, se rapproche.

Conclusion :

D'une manière générale l'insuffisance rénale chronique est une maladie très fréquente, qui peut affecter notre mode de vie et nécessite un traitement de façon continue, il est donc impératif de se très bien renseigner sur tout ce qui concerne

Cette maladie car elle peut entraîner des conséquences sérieuses si elle est mal contrôlée.



Chapitre III
Le vécu psychologique

Préambule :

Dans toute prise en charge de patient atteint d'une maladie chronique, il est nécessaire de prendre en compte le vécu psychique de ce patient et la nécessité de favoriser cette approche. Pour une meilleure prise en charge et une visée prophylactique. Nous avons intitulé ce chapitre qui contient le vécu psychologique chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique.

III- le vécu psychologique de l'insuffisance rénale chronique :

Apprendre que l'on a une maladie chronique, annonce des changements dans l'existence, chacun met en place d'un mécanisme de défense pour faire face à l'angoisse et à la dépression et d'autres troubles psychologiques. Il ne s'agit pas simplement d'un déni de la maladie que se concrétiserait par une banalisation de son état de santé, un refus qui manifeste, une négation de la réalité.

La survenue de l'insuffisance rénale chronique suscite une angoisse liée à la perception d'un danger (réel ou fantasmagorique) qu'il fallait dissimuler une image de prestance où il n'y a pas de place pour l'espace psychique c'est-à-dire pour les émotions.

L'annonce de maladie chronique entraîne toujours un « choc » psychologique. La réaction du patient est souvent imprévisible : surprise, détresse, panique ... voire soulagement. De ce fait l'annonce initiale du diagnostic suscite de l'angoisse où le patient peut se sentir en danger. Dans tous les cas, l'annonce a un impact important sur l'acceptation de la maladie. Non tu poses également une marque indélébile sur l'avenir (le futur est à rien réinventer). L'annonce d'une maladie chronique a un impact psychologique important avec 3 types d'effets :

- L'annonce est un acte de baptême d'une maladie.
- L'annonce entraîne un changement d'identité : apprendre que l'on a une

Maladie chronique, c'est aussi apprendre que l'on est malade.

- L'annonce nécessite enfin un travail de « deuil » de l'état de santé antérieur : il est nécessaire de faire le deuil de ce que l'on était avant de s'accepter tel que l'on est maintenant et de reconstruire le futur. Ce travail de deuil de l'état de santé antérieur permet l'acceptation de la maladie chronique, c'est-à-dire l'appropriation de sa maladie

Par le patient. Il s'agit d'une attitude qui se caractérise par le consentement lucide à une réalité, à une situation que l'on décide d'assumer et qui permet d'envisager un avenir avec la maladie chronique. Une carence ou une mauvaise information au début de la maladie peuvent grever lourdement la prise en charge ultérieure (déli, refus de soins, non observance...). En plusieurs phases permet maturation de l'acceptation.

Les différents stades de l'acceptation sont des réactions psychologiques naturelles, mais leur prolongation dans le temps ou leur inadaptation bloquent le travail de deuil.

1. Réaction psychique a la dialyse :

1.1. Le moment de l'annonce de la maladie : L'annonce de la maladie est comme un traumatisme.

Psychologie, le traumatisme se définit comme un événement qui implique un avant et un après la vie de la personne, elle appréhende passer, présent et avenir, son 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.

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.

2. La réaction du patient envers sa maladie :

L'annonce de la maladie conduit le patient 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. A 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. Certains patients dialysés présentent quelquefois des préoccupations hypochondriaques 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.

3. Le travail de deuil :

Le mot « deuil » est un vieux mot français qui signifie « douleur ». Faire son deuil veut donc dire littéralement : « passer à travers sa douleur ».

Le deuil veut dire donc une perte pouvant entraîner une souffrance psychologique et/ou psychique.

Le deuil est un processus intrapsychique, consécutif à la perte d'un objet d'attachement, et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci.

L'expression, devenue classique, de travail du deuil est introduite par Freud dans *Deuil et mélancolie* (Trauer und Melancholie, 1915). Elle signale à elle seule le renouveau qu'apporte la perspective psychanalytique à la compréhension d'un phénomène psychique où l'on voyait traditionnellement une atténuation progressive, et comme allant de soi, de la douleur que provoque la mort d'un être cher pour Freud, ce résultat terminal est l'aboutissement de tout un processus intérieur impliquant une activité du sujet, activité qui peut d'ailleurs échouer, comme le montre la clinique des deuils pathologiques (Laplanche, J.B. Pontalis, 1973, P504).

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.

Pour expliquer aussi le travail de deuil on s'appuie sur les travaux d'Élisabeth Kubler-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, Dénî :

C'est la 1^{ère} 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.

. Marchandage :

C'est une phase de négociation. 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. Et trouve des explications, un sens aux épreuves qu'il traverse. Et là aussi réorganiser sa vie en fonction de la perte. La maladie devient une source de réorganisation de vie, de restructuration de la personne qui va pouvoir faire des projets.

2. les troubles psychiques d'une insuffisance rénale chronique :

2.1. Les symptômes dépressifs :

L'évolution de la maladie est évidente et il est difficile de fuir la réalité. La dépression devient une réaction normale, diffuse et non nécessairement liée à un événement particulier. Elle sert d'instrument pour faciliter le passage à l'acceptation. Les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique plus susceptibles de souffrir de dépression que le reste de la population, et cette incidence à plusieurs raisons. Parfois le choc du diagnostic et la découverte de la maladie, la sensation d'être toujours fatigué, et ne jamais se sentir bien où, l'isolement qui permettent à la dépression de s'installer.

L'insuffisance rénale chronique peut affecter la capacité de travailler, de travailler, de prendre soins de sa famille et de participer aux activités sociales et aux loisirs.

Le stress généré par n'importe laquelle de ces situations peut déclencher la dépression chez

Les personnes ayant une prédisposition, soit par l'hérédité ou par d'autres facteurs.

Certains des symptômes de l'insuffisance rénale chronique, comme les douleurs, la fatigue, troubles de sommeil, recourent souvent la dépression, ce que la rend plus difficile à diagnostiquer pour le médecin ou le psychologue. Parmi les autres symptômes de la dépression qu'il nous faut détecter chez une personne atteinte de l'insuffisance rénale chronique, mentionnons la perte de l'appétit, la diminution de la libido, de sentiments négatif ou pessimiste, une faible estime de soi, la difficulté de concentration, la perte d'intérêt pour des activités qui pourtant nous plaisaient bien, des pensées suicidaires.

Pour quelqu'un, atteint d'une insuffisance rénale chronique ou de maladie conique, la dépression peut exacerber la douleur. La combinaison de ces 2 maladies augmente le niveau de l'incapacité de la vie. Par conséquent, il est important de traiter les 2 affections de l'IRC et de la dépression, lorsqu'elles ont été diagnostiquées. L'insuffisance rénale chronique peut augmenter les risques de souffrir de dépression, elle peut empirer les symptômes d'IRC, entraînant une incapacité et une activité plus importante de la maladie qui leur tour, peuvent mener à la dépression.

2.2. Les symptômes anxieux :

Parmi les complications psychologiques qui peuvent apparaître pendant une maladie chronique on peut citer l'anxiété ; qui est le symptôme le plus observé pendant l'insuffisance rénale chronique. Ce facteur psychologique est susceptible d'être étroitement associé à l'activité de la maladie : facteurs psychologiques capable d'affecter le système immunitaire, endocrinien et le système nerveux central.

On peut ainsi imaginer que certains facteurs psychologiques participant à l'augmentation de l'activité de la maladie sera elle-même susceptible de générer ou de majorer les facteurs psychologiques comme l'anxiété.

L'anxiété est la plus répandue des problèmes psychologiques chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique puisqu'elle tient lieu de signal d'alarme devant l'existence d'une maladie chronique, d'un danger de l'incapacité et traitement lourd. Pour cette raison apparente, l'anxiété persiste chez ces sujets et entrave leur fonctionnement. C'est surtout dans ces situations que les individus qui en souffrent sont amenés à consulter des médecins ou d'autres professionnels souvent en vue de suivre une psychothérapie.

3.La prise en charge psychologique :

Est indéniable que le travail d'équipe est un concept primordial pour une prise en charge de qualité du patient et de son entourage. L'équipe pluridisciplinaire favorise une approche globale du patient où sont prises en considération les compétences de chaque professionnel de la santé. L'insuffisance rénale chronique pose des problèmes d'ordre médical, social et psychologique. Surtout vers le terme de son évolution, lorsqu'un traitement de substitution doit être envisagé.

. Le rôle du néphrologue :

Une surveillance clinique et biologique régulière est indispensable pour le patient en insuffisance rénale chronique pour évaluer le degré de l'insuffisance rénale et adapter les prescriptions nutritionnelles et médicamenteuses. Le rythme de cette surveillance doit être d'autant plus rapproché que le degré de l'insuffisance est plus élevé. Le but de la surveillance est d'évaluer périodiquement le degré de l'insuffisance et sa vitesse de progression, d'ajuster l'équilibre électrolytique et phosphocalcique ainsi que la dialyse. La relation médecin patient est basée sur le principe du respect de la personnalité du patient, sur la qualité de l'information délivrée et la mise en place d'un projet thérapeutique élaboré et accepté par le patient où l'éducation thérapeutique doit jouer un rôle essentiel.

. Le rôle du médecin généraliste :

Une coopération entre le médecin généraliste et le néphrologue est indispensable pour anticiper ou dépister les complications cliniques et éviter les hospitalisations répétées. Le néphrologue informe le médecin généraliste de l'évolution de la maladie et du traitement néphroprotecteur mis en place pour son patient.

. Le rôle d'infirmier :

Au sein de l'équipe soignante, informe, éduque, forme et accompagner le patient dans sa maladie. L'infirmier a la responsabilité d'aider le patient à mobiliser toutes ses ressources pour le maintien ou l'amélioration de sa santé.

Il a un rôle dans le soutien du patient et de son entourage, le garant de l'observance du traitement. Une écoute active permet à l'infirmière de cerner l'état psychique et psychologique du patient, le retentissement familiale et sociale de la maladie et en informer des professionnels de la santé

Susceptible d'aider le patient à maintenir une qualité de vie acceptable. La qualité de vie du patient en dialyse dépend de la motivation et de l'efficacité de l'équipe soignante.

. Le rôle du psychologue :

Une tendance dépressive est fréquente et s'accroît au stade avancé de la maladie, lorsque la perspective du traitement de suppléance se fait plus proche. Lors de la mise en dialyse, le patient est toujours angoissé et envahi par des multiples. Être à l'écoute de la souffrance verbale et non verbale du patient pour l'ensemble de l'équipe soignante peut avoir un impact sur la vie du futur dialysé. Un soutien psychologique peut s'avérer essentiellement pour l'équilibre psychique.

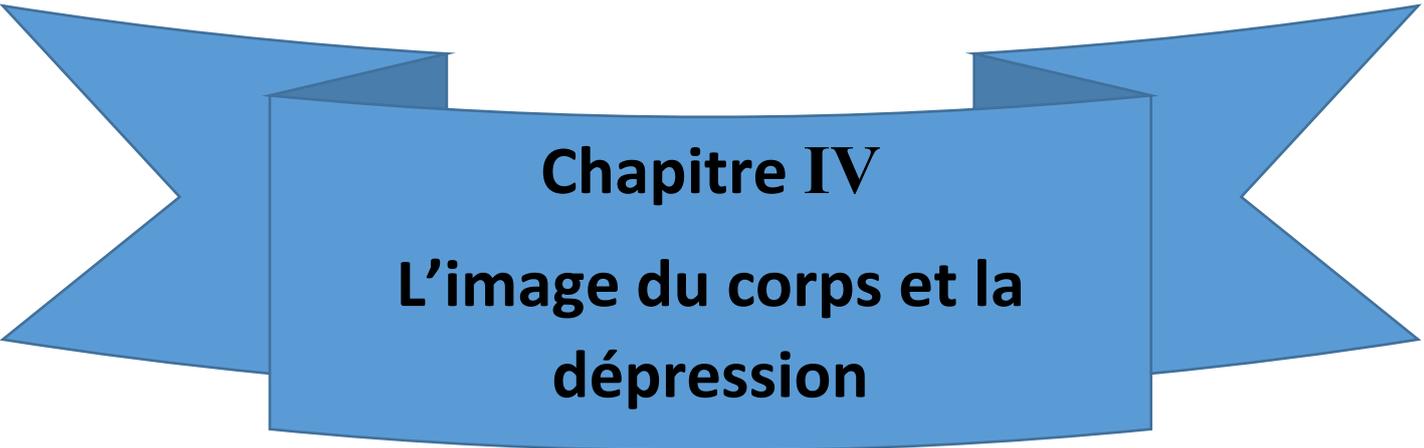
. Le rôle de la diététicienne :

L'aide d'une diététicienne est particulièrement précieuse pour expliquer les bases du régime alimentaire et de l'adapter au mieux aux habitudes et aux goûts individuel de chaque patient. Des contrôles biologiques réguliers et des enquêtes alimentaires permettent à la diététicienne d'apprécier les apports alimentaires du patient et en corrige les déficiences éventuelles.

. Le rôle de l'assistance sociale :

Un contact précoce peut s'avérer fondamental pour permettre aux patients de bénéficier des conseils d'une assistante sociale capable de les informer au mieux de leurs droits et de les guider dans les démarches administratives. L'assistante sociale est un élément clé de l'équipe soignante et travaille en étroite collaboration avec les médecins, les infirmiers, la psychologue et de la diététicienne.

Conclusion : L'insuffisance rénale chronique a un retentissement sur tous les plans de la vie d'un individu, c'est une maladie chronique qui provoque chez le patient des perturbations psychique et psychologiques et que la prise en charge médicamenteuse et obligatoire et aussi l'éducation thérapeutique est indispensable dans l'acceptation et l'adaptation à vivre avec cette maladie.



Chapitre IV
L'image du corps et la
dépression

I. L'image du corps :**Préambule :**

L'image de corps est la représentation psychique du corps. Née de la psychanalyse, cette notion est aujourd'hui au centre de la problématique psychomotrice et plus généralement psycho- thérapeutique. L'image de corps se met en place dès les débuts de la vie, en parallèle au développement somatique. Cette image se trouve figée dans le cadre de certaines maladies psychiatriques.

L'image corporelle je trouve modifiée tout au long de la vie d'un individu, notamment lors de certaines étapes de la vie telle qu'adolescence avec la puberté, la grossesse ou encore la vieillesse. Ces facteurs sont d'origine naturelle, ils sont incontournables.

I. L'image du corps :

L'image corporelle se définit par la présentation du corps, par la perception qu'a une personne de son propre corps. Cette perception concerne aussi bien son regard que celui des autres. Image corporelle positive est très importante pour l'épanouissement et le bonheur. Elle se construit à partir des sentiments et des valeurs de la personne, des messages transmis par l'entourage et du contexte socioculturel. Elle peut se modifier au fil du temps.

Nous appellerons image du corps ; la configuration globale que forme l'ensemble des représentations, perceptions, sentiments, attitudes, que l'individu a élaboré vis-à-vis de son corps au cours de son existence et ceci à travers diverses expériences ce corps perçu est fréquemment référé à des normes (de beauté, de rôle) et l'image du corps est le plus souvent une représentation évaluative.

Salon Schilder, l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes.

Cependant, Schilder (1968) pense que l'image du corps et le schéma corporel sont la même chose. Cette confusion met à mal la spécificité de ces deux entités qui, bien qu'intimement liées, sont totalement différentes.

Anzieu (1985) conçoit l'image du corps comme un espace mental de pensée ; « le moi peau », « une peau pour la pensée ».

En 1990 Bruchon-Schweitzer donne une nouvelle définition de l'image du corps « l'image du Corps parait appropriée pour décrire les aspects subjectifs de l'expérience corporelle, telle qu'elle peut être perçue et rapportée par l'individu non seulement à propos d'un corps-objet pourvu de propriétés physiques (taille poids, volume, orientation ...) mais aussi à propos d'un corps-sujet-investi d'affects complexes, plus ou moins conscients, et souvent de nature auto évaluation. »

1. Définition de l'image du corps et le schéma corporel :

F. Dolto fait la distinction entre image du corps et schéma corporel en 1984. « Le schéma corporel réfère le corps actuel à l'expérience immédiate. Il peut être indépendant du langage entendu comme histoire relationnelle du sujet aux autres. Le schéma corporel était évolutif dans le temps et l'espace. L'image du corps réfère le sujet du désir à son jouir, médiatisé par le langage mémorisé de la communication entre sujets. » c'est grâce à notre image du corps portée par notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. (F. Dolto,194, p.23)

Le corps devient un lieu de langage archaïque, non-verbal, une forme dynamiquement structuré d'un « système de significations ». Le corps exprime la pensée et les émotions. C'est en quelque sorte le traducteur universel de la vie intérieure. L'image du corps se construit avec le vécu et les expériences du sujet. Elle est donc en perpétuel remaniement et propre à chacun. (F. Dolto,194, p.49)

Le schéma corporel spécifie l'individu et est relativement le même pour tous. Il fait « appel à l'ensemble des informations cutanées, sensorielles et proprioceptives qui permettent au cortex la représentation spatiale du corps. » (Kortzki, Nelly et al, P :45-50.)

2. Les modalités de l'image du corps :

L'image du corps est de nature profondément subjective ; elle est libidinalisée et inconsciente (mais peut devenir consciente sous certaines conditions, de médiation par exemple.) elle est liée aux émotions, à l'érotisation de la sensorialité à la présence du corps en relation.

Dolto détaille ce qu'elle appelle les 3 modalités de l'image du corps : image de base, image fonctionnelle et image érogène, « lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution. Elles sont reliées entre elles, à tout moment, maintenues cohésives par ce que nous appellerons :

Subjective des pulsions de vie qui, sources dans l'être biologique, sont continuellement tendue par le désir du sujet de communiquer avec un autre sujet, à l'aide d'un objet partiel sensoriellement signifié. » (E. pierre, P,39)

. L'image de base :

Première composante de l'image du corps, elle renvoie à une structure permettant de se sentir exister de façon continue.

« L'image de base est ce qui permet au sujet de se ressentir comme une « mêmeté d'être », c'est-à-dire dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatiotemporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance, en dépit des épreuves qu'il est amené à subir.

C'est de cette « mêmeté », fortement ou téguments pérenne, que vient la notion d'existence.

Le sentiment d'exister d'un être humain vient de cette conviction, sans doute illusoire, de continuité. »

Cette image de base est « fondamentalement « référé », « constitutive » de ce que j'appelle narcissisme primordial. J'entends par le narcissisme du sujet en tant que sujet du désir de vivre, préexistant à sa conception. (Dolto)

. L'image fonctionnelle :

Nasio détaille l'image fonctionnelle comme « l'image du ressenti d'un corps agité et fébrile, tout entier tendu vers la satisfaction des besoins et des désirs. Un corps à l'affût d'objets concrets pour assouvir ses besoins, et à la recherche d'objets imaginaires et symboliques pour satisfaire ses désirs ».

(Nasio,2007)

Autrement dit, une zone du corps, donc « mue » par le schéma corporel, chargée libidinalement, concrétise le manque. Ce manque provoque le désir. Face à ce phénomène dont le sujet vise à obtenir la résolution, celui-ci, « sthénique », organise son comportement en conséquence.

. L'image érogène :

Selon Dolto elle est associée à telle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalisent plaisir et déplaisir érotique dans la relation à l'autre. Sa représentation est référée à des cercles, ovales, concaves, boules, palpés, traits et trous, imaginés doués d'intention émissives actives, ou réceptives passives, à but agréable ou désagréable ».

Pour Nasio l'image érogène est « l'image d'un corps ressenti comme un orifice livré au plaisir, dont les bords se contractent et se dilatent au rythme alternant de la satisfaction et du manque. » (Nasio, 2007)

L'implication de la libido, l'importance de l'autre et du désir du sujet envers ce dernier, les notions d'activité et de passivité, d'émission et de réception ainsi que la notion de plaisir et déplaisir nous autorise à nommer dès maintenant identité sexuée l'image érogène.

L'image du corps est donc, pour Dolto, la « synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images : de base, fonctionnelle et érogène, reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce qu'on appelle l'image dynamique.

3. Les transformations de l'image du corps :

Les travaux expérimentaux sur l'image du corps se sont développés rapidement au cours de la dernière décennie. Dans une première partie sont décrits les effets de manipulations expérimentales des afférences sensorielles sur la connaissance de son propre corps par le sujet. Ces expériences relèvent le caractère plastique et modifiable de l'image du corps et confirment de façon indiscutable sa nature « représentationnelle » et son indépendance par rapport à la réalité objective du corps physique. Une seconde partie est consacrée au rôle de l'action. L'impression générale, laissée par le court historique de la section précédente, d'un rôle prépondérant du mouvement dans la Constitution du schéma corporel ou de l'image du corps sur se trouvera conforté et étendu à la genèse de la connaissance de soi.

. La plasticité de l'image du corps :

Une des meilleures illustrations de la plasticité de l'image du corps est donné par l'extension de cette image aux outils et autres objets associés au corps. L'utilisation de ces objets déplace la frontière entre l'espace personnel et l'espace extra personnel. L'utilisation active de l'outil aboutit à une réorganisation de la carte sensorielle au niveau de la modalité concernée. Iriki et al. On put montrer, chez le singe entraîné à atteindre des morceaux de nourriture avec un bâton tenu à la main, que la taille du champ récepteur visuel de neurones bimodaux (visuelle et tactile) du sillon intra pariétal augmentait pour incorporer l'outil dans l'espace personnel de la main. Cet effet a été utilisé pour la réhabilitation de patients présentant une négligence pour la moitié du corps et de l'espace à la suite d'une pariétale :

La capacité de détection de stimuli tactiles avec la main négligée s'est trouvée améliorée par la tenue d'un outil.

D'autres illustrations de la plasticité de l'image du corps sont obtenues en mettant en conflit la position réelle d'un segment du corps ou du corps entier, et leur position apparente. Ces conflits, intra sensoriels ou sensorimoteur, qui peuvent donner naissance à des illusions corporelles parfois spectaculaires, démontrent a contrario la contribution des afférences visuelles et kinesthésiques, ainsi que des commandes motrices, à la genèse de l'image du corps. Nombre de ces illusions relèvent du phénomène bien connu à la « capture » des signaux tactiles et kinesthésiques par la modalité visuelle. D'une manière générale, lors d'un conflit entre vision et proprioception, on « sent » son bras là où on le voit, et non l'inverse. Ce phénomène est illustré par l'illusion dite du « bras de caoutchouc » (Rubber arm illusion) : un avant-bras en caoutchouc d'aspect réaliste est placé devant le sujet, dans une position anatomiquement compatible (en continuité avec son bras), tandis que son propre avant-bras est masqué à sa vue. On applique simultanément et de façon synchrone une stimulation tactile à l'aide d'un pinceau aux deux avant-bras, le vrai et le faux : très rapidement, le sujet perçoit les coups de pinceau là où il les voit, c'est-à-dire à l'emplacement du membre en caoutchouc et non plus à celui de son propre avant-bras. L'illusion devient si forte que le sujet va jusqu'à éprouver un sentiment de frayeur (vérifié par la réaction psycho-galvanique) lorsqu'on approche un instrument dangereux (une aiguille, un scalpel) du membre en caoutchouc. Une illusion du même type, mais qui porte sur le corps entier et non plus sur une de ses parties, a été décrite plus récemment par O. Blanke et al : elles s'obtiennent à l'aide d'un environnement virtuel dans lequel on immerge le sujet et où celui-ci voit une image tridimensionnelle de son propre corps située à deux mètres en avant de lui. Une simulation tactile est alors appliquée simultanément à son propre dos et au dos de l'image virtuelle de son corps. Le sujet éprouve assez rapidement la sensation tactile au de l'image virtuelle, comme si son propre corps s'était déplacé par rapport à sa position réelle. (M. Jeannerod, 2010, P.17-188).

. La connaissance du corps par l'action :

Les perturbations de l'image de corps induites par la manipulation des signaux sensoriels ou par les conflits sensori-moteurs étaient inférées à partir de ses erreurs dans des tâches de localisation. Une autre façon d'aborder le problème de l'image du corps et de ses rapports avec

La connaissance de soi consiste à interroger l'expérience consciente du sujet soumis à ces perturbations. Cette méthodologie, introduite par Nielsen dès les années 1960, a été poursuivie plus

Récemment dans plusieurs élaborations. Elle comporte une condition expérimentale dite de « substitution » où l'image de la main du sujet peut être remplacée par celle d'une main étrangère : le sujet doit formuler un jugement d'attribution sur la main qu'il voit, qui peut donc être la sienne propre ou celle d'un étranger.

Dans une de ces expériences, décrite par van den Bos et Jeannerod, un sujet et un expérimentateur sont assis face à face ; leurs mains droites posées coté à coté sur une table sont filmées et leur image projetée sur un écran placé devant le sujet de façon à cacher les deux mains à sa vue. Des essais successifs étaient réalisés où les deux mains étaient visibles sur l'écran pendant une brève période (5s). un système électronique permettait de présenter les mains sur l'écran, soit dans leur position anatomique, la main du sujet et de l'expérimentateur apparaissant alors en continuité avec leur bras respectifs, soit dans une orientation différente ,après rotation de 90° ou même de 180° : dans ce dernier cas, la main du sujet apparaissait en continuité avec le corps de l'expérimentateur et vice-versa. En outre, pendant la période d'exposition, le sujet recevait l'instruction de faire un mouvement, soit de l'index.

L'Expérimentateur, selon une séquence définie à l'avance, exécuté soit le même mouvement un mouvement différent. En outre, à la fin de chaque essai, l'image des mains disparaissait de l'écran, et un point lumineux était présenté au sujet à l'emplacement qu'occupait l'une des deux mains : l'instruction qui lui était donnée était d'indiquer verbalement quelle main, la sienne ou celle de l'expérimentateur, se trouvait à l'emplacement indiqué par le point lumineux. Cette expérience comportait donc la perturbation de plusieurs des facteurs pouvant intervenir dans le jugement d'attribution, demandé au sujet.

D'une part, lorsque la position de sa main apparaissait déplacée par rapport à son corps, les signaux proprioceptifs provenant de sa main réelle étaient en conflit avec les signaux visuels indiquant une position différente, ce conflit portait sur l'image du corps.

D'autre part, lorsque les mouvements exécutés par l'expérimentateur et le sujet étaient différents, les signaux relatifs à la commande motrice envoyés vers la main réelle pouvaient se trouver en conflit avec les signaux visuels en provenance de la main étrangère : ce conflit portait sur le sens du mouvement.

Les résultats de cette expérience faisaient clairement apparaître la contribution respective du sens de l'origine du mouvement et celle du sens de l'appartenance du corps au jugement d'auto-attribution. Le conflit portant sur l'origine du mouvement était facilement résolu lorsque les deux mains exécutaient

Des mouvements différents : le sujet distinguait sans erreur sa main de celle de l'expérimentateur, quelle que soit la position vue des mains par rapport à leur position réelle. Il se référait à la commande motrice qu'il avait produite, et s'auto-attribuait la main qui exécutait le mouvement correspondant. En revanche, des erreurs d'attribution apparaissaient lorsque les deux mains effectuaient le même mouvement et que, par conséquent, l'information donnée par la commande motrice devenait inutile : dans ce cas, la seule information disponible pour le sujet était le sens de la position de sa main par rapport à son corps.

On peut tirer de cette expérience plusieurs informations. La première est que, comme on le soupçonnait depuis longtemps, l'auto-attribution d'une partie du corps repose essentiellement sur les signaux en relation avec les mouvements.

La concordance des signaux dérivés des commandes motrices qui provoquent le mouvement, avec les signaux proprioceptifs et visuels qui sont provoqués par lui constitue un facteur déterminant de l'auto-attribution. Une autre information intéressante est donnée par l'analyse des erreurs d'attribution provoquées par la rupture artificielle de cette concordance. Le sujet peut en effet se tromper de deux façons : soit en attribuant sa propre main et ses propres mouvements à l'expérimentateur (erreurs par sous-attribution) soit au contraire en s'attribuant à lui-même la main et les mouvements de l'expérimentateur (erreurs par sur attribution).

Les résultats montrent clairement une tendance à la sur attribution. Cette tendance, devant l'incertitude causée par le manque d'indices, à s'auto-attribuer des mains et des mouvements qui ne sont pas les siens sera retrouvée par la suite dans la description de cas pathologiques.

Les signaux moteurs, à eux seuls, ne donnent donc pas d'indication suffisante pour l'auto-attribution. Ils doivent être confirmés par les signaux kinesthésiques et visuels provoqués par le mouvement. La concordance entre les deux types de signaux est donc bien la condition pour le jugement d'auto-attribution. (M. Jeannerod, 2010, P.189).

1. Le schéma corporel :

1. Neurosciences :

En 1911, le neurologue anglais Henry Head avance la notion de schéma corporel (ou schéma postural). Pour Head, le cerveau contiendrait un modèle interne représentatif des caractéristiques et grandeurs biomécaniques du corps qui nous permettrait notamment de situer notre corps dans l'espace, défini par

Ses coordonnées spatiales, d'avoir une représentation topographique de notre corps et partie du corps (voir la notion de proprioception), sans laquelle nous ne pourrions d'ailleurs pas nous mouvoir. Julian de Ajuriaguerra (1970) propose la définition suivante du schéma corporel : « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ». Les neurosciences renvoient actuellement aux notions d'homoncule moteur et d'homoncule sensitif. Quelques animaux (éléphant notamment) sont capables de se reconnaître dans une glace et de repérer par exemple une tache posée sur leur corps.

2. Ergothérapie

Selon l'American Occupational Therapy Association (AOTA), le schéma corporel est une « construction qui est définie par la conscience interne du corps et la relation entre les différentes parties du corps » (American Occupational Therapy Association, 1994). La notion de schéma corporel est souvent reliée à « l'image de soi » et la « connaissance de son corps » (Sève-Ferrieu, 2005), mais les ergothérapeutes utilisent plutôt « l'image du corps », « concept du corps » ou « perception du corps » lorsqu'ils parlent des concepts du corps (Witt, Cermak, & Coster, 1990). Le schéma corporel n'est pas une notion acquise à la naissance, mais se construit plutôt de façon progressive lors du processus de croissance chez l'enfant (Sève-Ferrieu, 2005). En effet, l'enfant développe son schéma corporel en fonction du développement de ses structures corporelles, perceptions, interactions avec l'environnement et intégrations sensorielles. Le schéma corporel a une influence importante sur le développement de plusieurs sphères de l'enfant soit au niveau psychosocial (émotions, image et estime de soi, personnalité, habiletés sociales), cognitif (compréhension des mots, lire, apprentissage, développement intellectuel), perceptif et sensori-moteur (position spatiale du corps, habiletés motrices, orientation et mouvements volontaires) (Witt Mitchell, 1997). Au cours de l'apprentissage de son schéma corporel, l'enfant apprend d'abord à reconnaître l'autre, avant de se reconnaître devant un miroir. L'imitation aide aussi l'enfant à intégrer son corps dans l'espace et à s'orienter (Sève-Ferrieu, 2005). De plus, « l'intégration progressive des modalités sensorielles, visuelles, tactiles et kinesthésique permet à l'enfant de distinguer ce qui provient de son corps comparativement au monde extérieur » (Witt, et al., 1990). L'acquisition du langage lui permet de nommer où se situe son corps par rapport à l'espace qu'il occupe pour ainsi faciliter la connaissance de son schéma corporel (Sève-Ferrieu, 2005). La notion du schéma corporel est donc un concept important en ergothérapie lorsqu'un

Enfant présente des retards ou des troubles dans plusieurs sphères développementales puisque le corps devient le point de référence pour les activités de la vie quotidienne (manger, s'habiller), jouer (s'orienter dans l'espace, se positionner par rapport aux jouets), pour l'école (écrire, s'asseoir) (MacWhinney, Cermak, & Fisher, 1987). L'ergothérapeute peut évaluer l'acquisition du schéma corporel d'un enfant, entre autres, en lui demandant d'imiter les actions d'une autre personne (MacWhinney, et al., 1987). En ce qui concerne l'intervention, certaines approches cognitivo-perceptives et sensori-motrices ont été prouvées efficaces pour aider les enfants avec des problèmes au niveau du schéma corporel (Witt Mitchell, 1998). Finalement, il est à noter que l'atteinte du schéma corporel peut aussi être une condition associée à un accident vasculaire cérébral chez l'adulte (Sève-Ferrieu, 2005).

4. Le stade du miroir chez Jacques Lacan :

C'est d'abord Wallon qui décrit le stade du miroir. Lacan attribue une explication à cette observation de Wallon. Ce stade du miroir est une expérience que l'on peut observer chez l'enfant entre 6 et 18 mois. C'est la première expérience de son identification que l'enfant va y jouer. Identification qui va s'effectuer progressivement comme une espèce de conquête qu'il va accomplir à partir de sa propre image projetée dans le miroir. Le stade du miroir se réalise antérieurement à l'acquisition du schéma corporel. Précisions d'abord deux notions importantes :

- **Le fantasme du corps morcelé :**

L'enfant ne vit pas son corps comme une totalité unifiée. Il n'arrive pas à distinguer son corps de ce qui lui est extérieur. Il le perçoit comme quelque chose de dispersé, de morcelé (comme dans la schizophrénie). C'est le stade du miroir qui va mettre un terme définitif à ce fantasme et qui va permettre à l'enfant d'accéder à un vécu psychique de son corps, une représentation de son corps comme une totalité unifiée.

- **La représentation du corps propre :**

C'est la représentation totale de son corps en une seule image pour l'enfant. C'est également une identité. L'enfant s'identifie à sa propre image. On peut distinguer trois étapes dans le stade du miroir :

- **La première :**

Dans cette première étape, tout se passe comme si l'enfant percevait sa propre image dans le miroir non pas comme une image mais comme un être réel et il se comporte en face de son image, à cet âge-là, comme il se comporte en face de son semblable enfant. Cela prouve qu'il n'est pas encore capable de discriminer de façon très précise ce qui est lui de ce qui n'est pas lui, par exemple, il y a des enfants qui pleurent en voyant les autres tomber. Cela prouve aussi que c'est à travers l'image du miroir que l'enfant commence à se repérer, qu'il se vit lui-même, qu'il cherche à se situer.

➤ **La seconde :**

C'est ce moment où l'enfant finit, à force de répétitions, et surtout, à force de maturation psychique par comprendre que l'autre du miroir n'est qu'une image, c'est-à-dire que ce n'est pas un être réel. Là, on observe que l'enfant ne fait plus aucune tentative pour attraper l'enfant dans le miroir. Il a compris qu'il ne s'agissait pas d'un autre réel.

➤ **La troisième :**

L'enfant finit par reconnaître que l'autre du miroir est une image, et que cette image est la sienne. De ce point de vue, on peut dire que l'enfant accède à un savoir qu'il n'avait pas. Cette reconnaissance c'est la preuve d'un savoir sur soi. C'est aussi la preuve que l'enfant finit par percevoir son corps comme un corps unifié. C'est une anticipation imaginaire. (<http://www.boulimie.com/s/informer/dossiers-du-mois/l'image-du-corps-en-psychanalyse>).

5. La perturbation de l'image du corps :

1. L'image corporelle perturbée :

Dans les contes de fée, nous observons une association entre les personnages méchants et une représentation corporelle déformée (monstre, sorcière, ogre,). Cela implique que nous sommes, dès le plus jeune âge, amenés à faire un lien entre les caractères physiques des personnages et leur personnalités. De beaux traits physiques sont ainsi attribués à des héros et

À des personnalités positives et inversement, un physique désavantageux est attribué aux personnages néfastes. Cette manière de forger les mentalités se reflète dans la société actuelle où l'on retrouve une discrimination pour les personnes ayant un physique ne correspondant pas aux critères imposés. Les médias véhiculent une image corporelle impossible à reproduire. Cette dimension prouve bien la

Difficulté majorée des personnes confrontées à des perturbations de leur image corporelle. La perturbation de l'image corporelle affecte les trois composantes de l'image corporelle définies par Price (1995). L'atteinte de ses trois éléments va péjorer l'équilibre psychique de la personne. En effet, selon Potterton (1986), « le sentiment de ne pas être une personne complète peut rapidement entraîner un état d'esprit qui annihilera une personnalité et détruira la capacité à penser du manière positive. ». La réaction à une modification de l'image corporelle va varier en fonction de « [...] l'âge, sexe, la personnalité, les croyances, les valeurs, les attentes et l'origine socioculturelle, auxquels s'ajoute le niveau de préparation aux changements, [...] ». L'intensité des difficultés face à une perturbation de l'image corporelle va ainsi varier en fonction de multiples critères et va nous amener à adopter une prise en soin respectant la singularité de la personne et de son partenaire. Aussi, le vécu de chaque individu va influencer sur sa gestion des répercussions d'une perturbation de leur image corporelle. Dans un contexte de cancer, alors même que l'acte chirurgical a pour but primaire de détruire la tumeur et de sauver la vie, il peut être vécu par le patient comme une mutilation, une atteinte à son image corporelle, pouvant avoir des conséquences sur sa qualité de vie. (C. Paquis, 2008, P.03)

2. Un regard sur la pathologie des images du corps :

F. Dolto, grâce à son expérience psychanalytique nous montre que le processus de régression des images du corps est le processus inverse de leur structuration. Pour elle ce processus est toujours dépendant d'une relation affective ; il ne faut donc pas déduire un déterminisme organiciste car c'est grâce à la relation de langage entre le sujet et son entourage que la généralité du processus d'articulation de l'image du corps et du schéma corporel s'éclaire comme la personnalisation narcissique défensive du sujet.

F. Dolto explique que la pathologie de cette image du corps peut subvenir tout au cours du développement et même être due à la vie intra-utérine, alors que les manifestations ne se révéleront que y plus tard.

Un être humain peut sans avoir d'anomalies neuromusculaires ou neuro-végétatives s'être trouvé dans l'impossibilité de structurer sa première image du corps et même de soutenir son narcissisme fondamental. Il suffit qu'il subisse des ruptures dommageables du lien précoce avec sa mère.

C'est l'exemple du schizophrène chez qui la potentialité de symboliser l'image du corps a été interrompue (par absence de parole l'enfant va symboliser pour lui-même tout ce qu'il vit dans un code qui n'est plus communicable : ainsi du psychotique muet qui présente rarement des troubles

Organiques, mais ne présente pas de médiation de l'image du corps, le schéma corporel vit tout seul. Le sujet se désolidarise de son corps. On constate que cela arrive dans des cas d'hospitalisation précoces, de séparation brusque mère-enfant, en bref dans des cas où les castrations ne sont pas symbolisées, seul les besoins physiologiques étant comblés.

C'est le cas de toutes les maladies psychosomatiques, correspondant d'ailleurs à des psychoses ou névroses plus ou moins graves selon que les traumatismes ont lieu avant la castration primaire et plus encore avant la marche et avant l'achèvement neurologique du schéma corporel.

Ce sont les symptômes de dérèglement végétatif (du tube digestif, du cavum...). ainsi quand les zones érogènes (visage, bouche, anus, fesses) liées aux pulsions orales et anales ne sont plus intégrées au plaisir ni en relation avec la mère ni aux images de base correspondante (ventre, estomac), il y a régression du sujet jusqu'à des images cardiorespiratoires et péristaltiques. il peut y avoir un retour impossible à la mère fœtale ou appel en vain à la mère tactile ; ce qui peut provoquer des crises d'asthme...

F. Dolto nous montre que le rôle du psychanalytique est rendre le sujet désirant afin de permettre une reconstruction de l'image du corps en rapport avec le schéma corporel. (Y. Vanpouille, 1987, P.18-19).

3. impact d'une image corporel troublée par la maladie :

L'expérience d'une maladie grave creuse une distance importante entre ces jeunes et leurs pairs. Que ce soit sous l'angle du rejet (sentiment d'être juge, d'être une « bête curieuse » ou un extraterrestre, peur de la contamination chez les pairs) ou sous l'angle de la maturité précoce de ces jeunes parfois empreints d'une spiritualité chaleureuse, l'écart important entre eux et leur pairs (qui ont en somme des préoccupations quotidiennes anodines) semble avant tout provenir de la rareté et de l'unicité de leur expérience. Les sentiments de différence, de solitude, de honte, de colère, d'injustice et de peur nourrissent l'ambivalence du jeune envers son propre corps et envers les autres.

L'appartenance au groupe de pairs ainsi que les jeux de séduction propices à l'adolescence sont dès lors difficiles, soit en raison du manque de proximité et de continuité dans les relations (hospitalisations plus ou moins longues et répétées), soit en raison du sentiment de perte de valeur ou de ne pouvoir plaire à autrui.

Oppenheim (2003) va jusqu'à dire que certaines difficultés scolaires peuvent être liées à l'image du corps transformée par la maladie l'ignorance de la lettre T (graphiquement trop près de la croix des cimetières, liée à la mort), le refus d'employer des temps de verbe (le futur inconnu voire effrayant pour certains, le passé représentant le paradis perdu de la santé) ou la difficulté avec des opérations mathématiques associées directement à la maladie ou à ses conséquences (l'addition de la maladie, la soustraction liée à l'amputation ou à la mort, la division relative au morcellement et la multiplication à la diffusion de la maladie).

Les facteurs influençant l'impact d'une maladie sur l'image corporelle d'un jeune sont nombreux, tant dans la sphère individuelle (développement, personnalité, fonctionnement scolaire, etc.), familiale (relations aux parents et à la fratrie, surprotection, etc) qu'environnementale (relations aux pairs et à l'équipe médicale, proximité des soins), et ce, bien au-delà des caractéristiques spécifiques liées à la maladie elle-même (nature, degré d'apparence, évolution, traitements...). (L. Méthot, 2006, p.03).

4. Vécu des partenaires dans l'image corporelle perturbée :

La littérature a démontré l'existence d'un sentiment de dégoût chez de nombreux partenaires confrontés à une perturbation de l'image corporelle de leur conjoint. Cependant, ce sentiment a été réfuté chez tous nos interlocuteurs. Lorsqu'ils expriment le vécu de l'image perturbée de sa compagne, M.B. ne ressent pas de dégoût envers sa conjointe : « non, c'est comme quand vous vous nettoyez au cabinet ». Il l'explique par le vécu routinier des maladies de son épouse qui l'a confronté régulièrement à une image modifiée de cette dernière.

Mme B. fait une nouvelle fois référence à leur âge avancé qui les a amenés à s'adapter aux changements corporels : « [...] si on avait 30 ans de moins, 40 ans de moins, ce serait peut-être un autre problème. ». Elle suggère ainsi que la vieillesse permet de s'habituer aux modifications physiques et facilite ainsi l'adaptation de l'image corporelle perturbée, ce qui corréle avec l'affirmation de Wassner (1982), cité par Salter (1992), selon laquelle la réponse et l'impact de l'image corporelle perturbée varient en fonction de critères démographiques

Tels que l'âge, le sexe, les croyances, la personnalité... M. T affirme ne pas avoir ressenti de dégoût envers sa compagne suite à l'intervention chirurgicale. Il l'explique par ses traits de

Personnalité en insistant sur la singularité de cet aspect. En effet, il met en avant le fait qu'il s'agit d'une caractéristique le différenciant des autres « [...] moi – on ne peut pas dire que je ne suis pas comme les autres (rires)-mais ... [...]. Mais je ne vous cache pas, certaines

Personnes c'est sûr que ça peut leur donner envie de partir ». On peut supposer que c'est une manière pour lui de se gratifier et de se valoriser en précisant que, malgré le choc qu'il affirme, il n'a pas ressenti de dégoût.

De la même façon, Mme M. affirme ne pas ressentir de dégoût face à l'image corporelle de son mari en l'expliquant par sa personnalité et en s'attribuant une « particularité » qui lui permet de ne pas être dérangé par les odeurs. Nous pouvons supposer que l'attribution d'une caractéristique qui la différencie des autres lui permettent de se valoriser : « parce que moi je sais que des autres personnes auraient réagi terriblement. Moi non. Moi les odeurs ça ne me gêne pas. ». la répétition du pronom personnel « moi » traduit bien sa volonté de se différencier, de se distinguer des autres ou encore d'affirmer sa position. Ces deux comportements peuvent référer à de l'omnipotence, mécanisme de défense qui constitue à s'attribuer des qualités qui leur sont exclusives : « [...] le sujet se sent ou agit comme s'il possédait des capacités ou des pouvoirs supérieurs à ceux des autres ».

Nous émettons l'hypothèse que cette volonté de se valoriser traduit une diminution de l'estime de soi chez M.T. et Mme M. et qu'ils tentent ainsi de pallier à cette perte conséquente à une déception ou à un sentiment d'impuissance. Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'évoquer l'image corporelle de sa compagne, M.T. se montre hésitant, il ne termine pas ses phrases, il semble avoir peur des mots « valide-enfin valide », « comment dire ... », « ce n'est pas... », « [c'est vrai que ça fait un gros... », « [...] pour l'esthétique ce n'est pas ... », « [...] ce n'est pas évident ouais. ». Ces paroles entrecoupées peuvent traduire une volonté de maîtrise, d'autocensure. De plus les rires fréquents, lorsque le sujet est évoqué, reflètent son malaise.

Nous relevons tout de même l'utilisation d'un vocabulaire appartenant au domaine du handicap lorsqu'il mentionne sa compagne : « valide », « diminuée », « pris un coup ». Néanmoins, à la fin de l'entretien M.T. se reprend sur le terme « valide », « [...] valide-enfin valide-qui n'est pas opéré [...] ». Le fait que M se corrige, révèle l'impact et la crainte de

L'emploi de certains mots, bien qu'employés spontanément durant l'entretien. Mme L'affirme clairement que l'image corporelle de son ami est perturbée. Elle ne précise cependant pas sa propre vision de ces changements et cite les affects de son conjoint uniquement : « Je suis foutu, je suis plus un homme, je suis plus le même ».

Nous émettons l'hypothèse qu'elle se refuse d'admettre que son regard sur son partenaire a changé et que ce dernier a perdu de la virilité à ses yeux. Nous supposons qu'il

S'agit d'un moyen pour elle de ne pas reconnaître ce qu'elle a perdu, et de conserver l'image qu'elle porte de son couple ou encore qu'elle ne veut pas prendre position. Persson et al. (2004) ont identifiés des sentiments de honte chez les partenaires ressentant du dégoût envers leur conjoint, ce qui les amenaient à freiner l'expression de leurs émotions. La honte pourrait ainsi expliquer le témoignage ambigu et confus de M.T lorsqu'il aborde l'image corporelle de son épouse. se montre très affirmatif quant au ressenti du dégoût de sa conjointe « c'est sûr qu'elle le ressent, je pense. ».il relève également des termes forts employés par sa compagne pour se décrire : « défigurée ».

Mme Beyeler atteste que les sentiments de dégoût sont davantage évoqués par les personnes elles-mêmes que par les partenaires, ce qui correspond au témoignage de M.T. de plus, Persson et al. (2004) ont également observés que le frein aux rapports intimes était plus souvent induit par le patient que par le partenaire. (L. Demoures,2012, P.99-111).

6. Les thérapies basées sur l'image du corps perturbée :

Il y a plusieurs perturbations de l'image du corps mais nous allons nous intéresser à illustrer deux exemples : la psychose et la timidité.

Nous avons vu avec le stade du miroir le rôle primordial que joue chez l'individu la captation visuelle par l'image de son corps et donc, la recherche narcissique d'une identification avec les autres. Les yeux sont pour chacun de nous autant de miroir pour refléter notre corps, mais ce ne sont pas des miroirs fidèles et ils troublent l'image que nous souhaitons y rencontrer. D'où l'intérêt de la psychanalyse qui permet de pouvoir écouter sans être vu : place en retrait du psychanalyste invisible au patient allongé. La présence invisible et silencieuse du psychanalyste invite ainsi l'analysant à transformer ce corps imaginaire, ce fantasme du corps en un corps parlé. En opérant dans le seul champ de la parole, l'analyste assure cette bienveillante neutralité dont la règle lui a été imposée par son projet de restituer le Sujet à lui-même. Par contre dans les situations de thérapie de face à face, il est donc important que le thérapeute soit analyste pour pouvoir analyser les effets de son propre regard sur le patient. Car tout regard humain est à la fois perception et expression de son existence personnelle. ([Http://www.boulimie.com/s'informer/dossiers-du-mois/l'image-du-corps-en-psychanalyse](http://www.boulimie.com/s'informer/dossiers-du-mois/l'image-du-corps-en-psychanalyse)).

1- La psychose :

Le sujet autiste ou psychotique reste captif d'une image incommunicable. Il ne peut se manifester qu'un « être-chose » sans plaisir ni peine. On voit ces enfants ignorer leurs sensations même les plus douloureuses. En raison du manque de symbolisation, le sujet vit exilé car son image du corps est sans médiation langagière. Il est fort possible que la construction de son image du corps ait été interrompue à une époque cruciale par une séparation avec la personne avec qui la relation était structurante. Alors l'enfant aurait symbolisé pour lui-même tout ce qu'il vivait dans un code qui n'est plus communicable. Ainsi, il est en communication avec le monde des choses mais pas celui des humains. Le rapport à l'autre est devenu dangereux, il se retire lui-même et établit pour lui un code de langage. Nous disons de lui qu'il dépare, qu'il délire.

On trouve évidemment de graves perturbations de l'image du corps dans la psychose, particulièrement dans la schizophrénie et dans la forme particulière de l'hébéphrénie où l'image du corps reste l'image d'un corps morcelé et où l'on peut même assister à certaines mutilations. Ces sujets n'auraient pas traversé les principales étapes du stade du miroir. La thérapie est essentiellement du domaine psychiatrique.

1- La timidité :

Le timide est embarrassé par son propre corps. Il serait d'ailleurs plus juste de dire non pas son propre corps mais son corps-pour-l'autre. Son corps-pour-l'autre lui échappe. Il ne peut pas le maîtriser, lui donner l'attitude qui convient. Voilà pourquoi lorsque le timide souhaite faire disparaître son corps, n'en plus avoir, c'est de son corps-pour-l'autre dont il s'agit. Tout ceci est formidablement bien décrit par Sartre dans l'être et le néant.

D'ailleurs, s'il est tellement angoissé par ce corps-pour-l'autre, c'est qu'il pense que son corps pour l'autre est son corps pour lui. C'est-à-dire que le timide croit que l'autre le voit tel qu'il est. Il se résigne donc à se voir par les yeux des autres. Le timide est dépendant du regard d'autrui. Cette pathologie peut entraîner de nombreuses phobies sociales et leurs inévitables inhibitions et conduites d'évitement.

La psychothérapie est souvent demandée pour sortir de ces inhibitions. Il faut alors aider le patient à identifier son trouble narcissique et à faire le lien avec ses problèmes

identificatoires et surmoiques. il n'a vraisemblablement pas reçu de gratification narcissique suffisante ou ne les a pas interprétées comme telles. (<http://www.boulimie.com/s'informer/dossiers-du-mois/l'image-du-corps-enpsychanalyse>).

Conclusion :

L'image du corps est la conquête progressive de l'unité qui permet la maîtrise de la totalité du corps. Elle est imaginaire et composée non seulement de fantasmes de la première enfance mais aussi par ceux de tous les conflits qui ont bouleversé et composé l'histoire de la vie. Donc l'image du corps est la synthèse vivante relationnel.

II. La dépression :**Préambule :**

La dépression est souvent présentée comme la maladie du siècle, du XXe siècle et peut être aussi du XXIe. Derrière cette formulation journalistique qui a cependant le mérite d'attirer l'attention sur un trouble très répandu et très douloureux, il faut savoir reconnaître une affection dont la présence est attestée depuis les temps les plus reculés. Dans toutes les civilisations, on retrouve la trace de cette tristesse extrême, de ce dégoût de la vie allant jusqu'au désir ardent de mourir, de cette affliction douloureuse, de ces plaintes lancinantes et angoissées, de cette atroce et désespérante douleur morale, qui caractérisent ce que la tradition occidentale a appelé depuis des millénaires « mélancolie » avant de la baptiser, depuis maintenant plus de cent ans, d'un terme sans doute trop édulcoré et banalisé, source d'innombrables idées reçues et de fausses certitudes : « dépression ». (Bernard Granger, 2004, P.9).

II. Dépression :**1. Définition de la dépression :**

La dépression est l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents. Cependant cette pathologie reste encore bien méconnue en partie parce qu'il s'agit d'une maladie difficile à définir en pratique. En effet, la signification de « dépression » n'est pas la même pour tout le monde. La représentation psychiatrique de la dépression est définie à partir de symptômes reconnus, mais qui ne concordent pas toujours avec la représentation populaire. Aussi, les classifications utilisées pour le diagnostic de la dépression varient selon les professionnels de santé. La plupart des professionnels de la santé utilisent le modèle médical pour définir la dépression. Dans ce modèle, le diagnostic est posé sur base de certains symptômes indépendamment des causes qui ont amené l'état dépressif. (https://www.wiv-isp.be/crospfr/depression_fr, PDF).

La dépression est bien plus grave que la simple déprime, et la dépression majeure (aussi appelée dépression clinique) est un trouble de l'humeur, un état d'accablement ou de tristesse anormal qu'une personne est incapable de chasser par elle-même. Le principal symptôme de la dépression majeure est un sentiment d'abattement et de désespoir qui persiste plus de deux semaines et qui affecte le rendement professionnel ou les résultats scolaires ainsi que les relations sociales. Cet état de

Morosité profonde peut être déroutant, car la dépression se manifeste à la fois par des symptômes comportementaux (ralentissement des gestes et de la parole) et des symptômes émotifs ou cognitifs (sentiment de désespoir, idées noires). Ces symptômes sont très différents des symptômes physiques associés à d'autres affections : douleur provenant d'une jambe cassée ou fièvre accompagnant une infection grave, par exemple.

La dépression est plus répandue chez les femmes, mais au Canada, l'écart entre les sexes diminue avec l'âge. Par ailleurs, c'est chez les personnes de 15 à 45 ans que la dépression est la plus répandue. (<https://www.camh.ca/files/depression-guide-fr>, PDF).

2. Définition de la dépression essentielle :

Selon Pierre Marty, La dépression psychosomatique, qu'à plusieurs reprises j'appelais dépression sans objet, serait en définitive mieux nommée *dépression essentielle*, puisqu'elle constitue l'essence même de la dépression, à savoir l'abaissement de niveau du tonus libidinal, sans contrepartie économique positive quelconque.

L'appréciation clinique de cette dépression doit se baser avant tout, et comme à l'habitude, sur le mode de relation qu'entretient le patient avec l'investigateur.

Ce qui se dégage mal d'abord, et pour cause, mais se perçoit progressivement dans la relation, réside en des faits qui, sur le plan de la psychopathologie classique, ne constituent pas des symptômes au sens courant du terme, c'est-à-dire l'expression de tendances, ou de défense, ou de mouvements intérieurs.

En dehors de certains épisodes d'angoisse, par exemple, soulignant encore l'instabilité provisoire de cette dépression, le drame n'est pas lisible.

L'investigateur ne se trouve pas emba²qué dans un système, il n'est pas non plus rejeté, ni même tenu à l'écart par les mécanismes habituels des névroses mentales et des psychoses. Le sujet soumet son cas presque comme s'il s'agissait d'un autre, et le psychanalyste tire l'impression qu'il n'entre même pas dans le monde pourtant froid de son vis-à-vis, qu'il n'est au mieux qu'un médecin, au sens le plus banal, le plus professionnel du terme ; malgré la position, toute de souplesse, de l'investigation.

2. Les classifications :

a. Selon le DSM-IV :

Selon le DSM-IV, la dépression fait partie des troubles thymiques (ou de l'humeur). Cette classification décrit, d'une part les épisodes thymiques et d'autre part les troubles de l'humeur. Les épisodes ne sont pas diagnostiqués comme des entités autonomes, mais ce sont les éléments qui sont utilisés pour établir les diagnostics des troubles. On distingue dans le DSM-IV plusieurs troubles dépressifs :

- Le trouble dépressif majeur (épisode isolé et récurrent).
- Le trouble dysthymique.
- Le trouble dépressif non spécifié.

a.1. Le trouble dépressif majeur :

(Annexe 2) consiste en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. La différence entre un trouble dépressif majeur isolé et un trouble dépressif majeur récurrent est fondée sur le nombre d'épisodes dépressifs majeurs observés chez une même personne.

Le trouble dépressif majeur récurrent peut être à caractère saisonnier. Le concept de dépression majeure permet de différencier les troubles dépressifs ayant des spécificités symptomatiques plus sévères que les autres.

a.2. Le trouble dysthymique :

(Annexe 2) se caractérise essentiellement par une humeur dépressive chronique qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans. Les symptômes y sont moins sévères que ceux du trouble dépressif majeur. La distinction entre trouble dysthymique et trouble dépressif majeur est fondée sur la sévérité et la persistance. Cependant il est difficile de différencier ces deux troubles car les symptômes observés sont similaires et les différences qu'ils présentent dans leur déclenchement, leur durée et leur sévérité ne sont pas faciles à évaluer rétrospectivement. En général le trouble dysthymique existe depuis si longtemps au moment du diagnostic que les patients eux-mêmes en parlent comme faisant partie de leur fonctionnement habituel, d'où la confusion entre trait (de personnalité) et état dépressif.

a.3. La notion de trouble dépressif non spécifié :

A été introduite afin de pouvoir coder les troubles ayant des caractères dépressifs mais ne remplissant pas les critères d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble dysthymique ou d'un trouble de l'adaptation (par exemple, le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif mineur...).

a.4. Le terme de trouble dépressif mineur :

Qui est souvent diagnostiqué dans les études portant sur la dépression est utilisé pour décrire les syndromes qui se situent au-dessous du seuil de sévérité retenu pour la dépression majeure. La définition de la dépression mineure n'est pas reprise dans une catégorie distincte dans le DSM-IV. Les critères de la dépression légère sont décrits dans les épisodes dépressifs de sévérité légère de la Classification Internationale des Maladies, 10ème révision.

a. 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 persistents, les troubles de l'humeur non spécifiés. Nous n'allons pas aborder les épisodes maniaques et le trouble bipolaire 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 Episode dépressif :

F32.0 Episode dépressif léger.

F32.1 Episode dépressif modéré.

F32.2 Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

F32.8 Autres épisodes dépressifs.

F32.9 Épisodes dépressifs non spécifiés.

F33 : Trouble dépressif récurrent :

F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode léger.

F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode modéré.

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

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

F33.4 Trouble dépressif récurrent, en rémission

F33.8 Autres troubles dépressifs récurrents.

F33.9 Troubles dépressifs récurrents non spécifiés.

F34 : Troubles de l'humeur persistants :

F34.0 Cyclothymie.

F34.1 Dysthymie.

F34.8 Autre troubles de l'humeur persistants.

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

F38 : Autres troubles de l'humeur.

F39 : Troubles de l'humeur non spécifiés.

a. 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, le trouble dépressif induit par une substance/un médicament, le trouble dépressif dû à une autre affection médicale, le trouble dépressif autre spécifié et le trouble dépressif non spécifié. À la différence du DSM-IV, ce chapitre « trouble 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 de modifications somatiques et cognitives qui perturbent 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)**.

Le trouble dépressif caractérisé est l'affection classique dans ce groupe de troubles.

Il est caractérisé par des épisodes délimités d'une durée d'au moins 2 semaines (bien que la plupart des épisodes durent considérablement plus longtemps), comprenant des changements manifestes dans les

Affects, les cognitions et les fonctions neurovégétatives, et des rémissions entre les épisodes. Un diagnostic reposant sur un épisode unique est possible, même si ce trouble est récurrent dans la majorité des cas. Une attention particulière est portée à la distinction entre tristesse normale et deuil d'une part et épisode dépression caractérisé d'autre part. Le deuil est susceptible d'induire une souffrance significative mais il n'induit habituellement pas d'épisode dépressif caractérisé. Quand le deuil et l'épisode dépressif caractérisé surviennent simultanément, les symptômes dépressifs et le handicap fonctionnel ont tendance à être plus sévères et le pronostic est aggravé par rapport à celui d'un deuil non accompagné d'un trouble dépressif caractérisé. La dépression associée au deuil a tendance à survenir chez des personnes qui présentent d'autres types de vulnérabilité aux troubles dépressifs et la guérison peut être facilitée par un traitement antidépresseur.

Une forme plus chronique de dépression, le trouble dépression persistant (dysthymie), peut être diagnostiquée quand la perturbation de l'humeur persiste au-delà de 2 ans chez l'adulte ou 1 an chez l'enfant. Ce diagnostic, nouveau dans le DSM-5, rassemble deux catégories diagnostiques du DSM-IV, la dépression majeure chronique et la dysthymie.

Suite à une revue soigneuse de la littérature, le trouble dysphorique prémenstruel a été déplacé d'une annexe du DSM-IV (« critères et axes proposés pour des études supplémentaires ») à la section II du DSM-5. Une vingtaine d'années supplémentaires de recherches consacrées à ce trouble a permis de confirmer l'existence de cette forme de trouble dépressif, à la fois spécifique et répondant à certains traitements, qui débute à un moment donné après l'ovulation et cesse quelques jours après les règles, et qui a un impact marqué sur le fonctionnement.

Un nombre important de substances addictogènes, certains médicaments et certaines affections somatiques peuvent être associés à des phénomènes de type dépressif. Il est tenu compte de ce fait dans les catégories diagnostiques de trouble dépressif induit par une substance/ un médicament et de trouble dépressif dû à une autre affection médicale. **(DSM-V)**

a.1. Trouble dépressif caractérisé :

a.1.1. Critères diagnostiques :

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

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

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalés par la personne (p.ex. Pleure). (**N.B. :** éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)
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. (**N.B. :** chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
4. insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9. pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

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

N.B. : les critères A-B définissent un épisode dépressif caractérisé. (**DSM-V**)

a.2. Trouble dépressif persistant (dysthymie) :

a.2.1. Critères diagnostiques :

Ce trouble réunit les troubles définis dans le DSM-IV comme trouble dépressif majeur chronique et comme trouble 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'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 difficultés à prendre des décisions.
6. sentiments de perte d'espoir.

C. au cours de la période de 2 ans (1an pour les enfants et adolescents) de perturbation thymique, la personne n'a jamais eu de période de plus de 2 mois 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 jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque, et les critères du trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.

F. le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble schizoaffectif persistant, une schizophrénie, un trouble délirant, un autre 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 lieu à 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 social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. **(DSM-V)**.

N.B. : puisque les critères d'épisodes dépressif caractérisé comportent quatre symptômes qui sont absents de la liste des symptômes du trouble dépressif persistant (dysthymie), seul un nombre très limité de sujet aura des symptômes dépressifs persistant plus de 2 ans mais ne répondant pas aux critères de trouble dépressif persistant. Si tous les critères d'épisode dépressif caractérisé sont remplis à certains moments de l'évolution de l'épisode actuel de la maladie, ils doivent conduire à un diagnostic de trouble dépressif caractérisé. Dans les autres cas, on doit faire un diagnostic d'un autre trouble dépressif spécifié ou non spécifié. **(DSM-V)**.

3. Instruments de mesure de la dépression :

Une grande variété d'instruments de mesure ont été développés. Elles se basent sur les classifications déterminant les critères des problèmes de santé mentale et de dépression plus précisément.

On distingue deux types d'instruments de mesure :

- **Le premier :** prend en compte une seule ou plusieurs dimensions de la psychopathologie étudiée (Dimension cognitive, comportementale, etc.) et est souvent appelée échelle psychiatrique. Il existe deux types d'échelles : l'une basée sur la sévérité des symptômes et l'autre sur leur évolution*. Les échelles psychiatriques se présentent généralement sous la forme d'un questionnaire composé de questions courtes (auto-administrées ou non). Pour la dépression, ces échelles se réfèrent aux symptômes observés. On attribue aux réponses des valeurs numériques, qui additionnées permettent de calculer un score. Chaque échelle a une étendue de valeur pour le score, ainsi que des valeurs seuil permettant de faire la distinction entre les cas ayant un problème psychiatrique et les autres (ou selon la gravité).
- **Le second :** type d'instruments de mesure porte sur une ou plusieurs catégories diagnostiques (Dépression, anxiété, troubles psychotiques, schizophrénie...) et se réfère à une interview diagnostique ou à un examen clinique. Ce type d'instrument est plus adapté au domaine psychiatrique. La plupart de ces instruments se rapportent à une période longue (en général, la vie entière) et de ce fait permettent de prendre en compte la récurrence des troubles dans le temps ainsi que leur durée. Les interviews

Diagnostiques étaient à l'origine prévues pour être utilisées en tant que guide d'entretien face à face. En général ils sont destinés à être utilisés par un enquêteur ayant une formation médicale pouvant appliquer un jugement clinique durant l'interview et décider du diagnostic.

Le choix de ces instruments pour évaluer la dépression est relatif au design de l'étude ainsi qu'à la disponibilité des ressources. Les interviews diagnostiques sont les instruments de référence, mais dans la plupart des cas sont coûteux en temps et demande des enquêteurs ayant des compétences cliniques. Les échelles psychiatriques utilisées fréquemment dans les études présentent l'avantage d'être facile à administrer et peu coûteuses. Cependant elles ne donnent qu'une image transversale

Des problèmes psychiatriques et par conséquent une image partielle. Les études épidémiologiques ne permettent pas toujours une approche par interview en face à face (sensibilité des interviewés à certaines questions). On utilise donc souvent un questionnaire auto-administré.

4. Facteurs de risque :

4.1. Facteurs endogènes :

a. Facteurs génétiques et biologiques :

Lorsqu'on étudie le caractère héréditaire et familial de la dépression, il semblerait que chez les parents biologiques du premier degré de sujets dépressifs, le trouble dépressif majeur est 1,5 à 3 fois plus fréquent que dans la population générale, tenant en compte les autres facteurs (1). Cependant l'environnement dans lequel évolue l'enfant peut aussi influencer la dépressivité. En ce qui concerne les autres causes biologiques, plusieurs travaux ont mis en évidence un dérèglement du fonctionnement des systèmes de sérotonine et de dopamine (voir mécanismes physiopathologiques).

b. Facteurs psychologiques :

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

Comme le divorce, le décès d'un être cher, la perte d'un emploi sont des facteurs étiologiques de dysfonctionnements psychologiques (12). Ce n'est pas le cas pour les dépressions ultérieures dans lesquels un stressor n'a plus la même influence pour le déclenchement de la dépression. Cependant selon la façon de percevoir les choses, les individus ne présentent pas tous la même vulnérabilité face à ces stressors. Certaines personnes disposent de ressources (psychologiques, sociales, environnementales, matérielles) qui les aident à faire face et surmonter plus facilement les aléas de leur existence.

4.2. Facteurs exogènes : facteurs sociaux et environnementaux :

Plusieurs études soulignent le rôle des facteurs socio-économiques dans la survenue et le développement des dépressions (32) (33). Bien que les taux de dépression soient différents selon les caractéristiques socioéconomiques, une association significative n'est pas toujours mise en évidence entre la dépression et le statut socio-économique. La relation entre dépression et facteur socio-économique s'expliquerait par un ensemble de situations : stress lié à la position sociale désavantagée (chômage) ou manque de ressources (21). Les facteurs sociaux et environnementaux doivent être détaillés pour clarifier leur rôle dans la survenue et le développement des dépressions

a. L'emploi, le statut professionnel :

L'emploi a plusieurs fonctions ; d'une part il fournit à l'individu les moyens financiers nécessaires à son autosuffisance, d'autre part, il lui permet d'acquérir une identité sociale reconnue. L'emploi fournit également l'opportunité d'une interaction entre travailleurs. L'acquisition d'un emploi est importante pour le développement de la personne et permet l'intégration sociale. Ceci est d'autant vrai lors du passage de l'adolescence vers l'âge adulte, période pendant laquelle une intégration et une reconnaissance sociale sont nécessaires. La fin de l'adolescence est définie par des critères sociaux comme l'intégration dans la vie professionnelle et la stabilité affective. Lorsque les opportunités en terme d'emploi sont limitées, la progression normale du développement de l'individu est perturbée, augmentant ainsi le risque de développer des symptômes dépressifs durant cette période (34). Le chômage dans la population des adolescents et jeunes adultes est également un facteur de risque des symptômes dépressifs : le chômage peut provoquer la survenue de symptômes dépressifs à cause des difficultés financières engendrées, l'impression d'isolement par les pairs, une perte de la reconnaissance personnelle ou en ayant du mal à accepter l'activité professionnelle de

L'entourage. L'interaction sociale serait alors un facteur protecteur contre la dépression. Les conséquences du chômage sont différentes chez les jeunes et chez les adultes. Le chômage des jeunes entrant dans la vie active interrompt le développement d'une intégration sociale, alors que le chômage des travailleurs adultes peut résulter en l'isolement mais n'interfère pas avec les contacts et les capacités sociales déjà atteintes (34). L'association entre le statut professionnel et la dépression a été étudiée dans les recherches sociologiques et épidémiologiques : selon certains auteurs l'emploi profiterait émotionnellement aux hommes et aux femmes, bien que ceci ne soit pas aussi conséquent chez les femmes (32).

b. Les ressources, le niveau d'instruction :

Les difficultés financières font partie des facteurs prédisposant à la dépression : une étude de suivi sur 10 ans chez 326 adultes aux Etats Unis a montré qu'une perte de ressources était significativement associée à une augmentation de symptômes dépressifs, tandis qu'un gain de ressources au cours de la même période était associé à une diminution de symptômes dépressifs (35). Dans l'Enquête de Santé par Interview de 1997, on trouve également une relation entre le fait de déclarer souffrir de dépression et le niveau d'instruction et de revenu bas. En ce qui concerne le niveau d'instruction, plus le niveau d'instruction est bas, plus la prévalence de la dépression est importante (voir données épidémiologiques).

c. Le stress :

Les événements de la vie (expériences de stress) peuvent être définis comme des expériences cognitives et émotionnelles qui perturbent le cours de la vie et demandent à la personne un réajustement de ses habitudes/ comportements et de ses représentations. Ces processus sont considérés comme stressants et peuvent être responsables d'un début de dysfonctionnement psychologique. Un travail de la Ligue belge de la dépression* passe en revue un certain nombre d'études qui ont montré que les événements de la vie sont clairement associés à la survenue de la dépression, des symptômes dépressifs et au suicide. Le fait d'avoir vécu une expérience stressante dans les 6 à 12 derniers mois, augmente fortement le risque de survenue d'une dépression aiguë. Le risque de dépression est environ 6 fois plus élevé chez une personne subissant une situation stressante que chez une personne ne connaissant pas une telle situation. Le risque de faire une dépression augmente avec l'intensité du stress vécu.

Dans plusieurs études, le support social est un facteur protecteur par rapport aux symptômes dépressifs. Par exemple, on note que les symptômes dépressifs sont moins présents chez les personnes de plus de 65 ans qui ont un large réseau social leur fournissant contact et support émotionnel et lorsqu'elles ont une bonne perception de ce support (16) (36). Dans l'étude Epidemiological Catchment Area (ECA) (37) réalisée en population générale aux États Unis (n=18572), le statut marital influence significativement le taux de dépression majeure. Ces résultats sont confirmés par d'autres études au niveau national et international (voir données épidémiologiques). D'une manière générale, les personnes dans une situation de divorce, de séparation ou de veuvage connaissent plus de dépressions que les personnes vivant en couple et les célibataires. La nature et la direction de l'association entre la dépression et le statut marital sont problématiques (38). En effet, les épisodes de dépression sont en général suivis par des difficultés dans les relations conjugales, qui peuvent persister pendant plusieurs années après l'épisode, et se terminer par une séparation/un divorce. Mais aussi, le stress engendré par la séparation/le divorce peuvent également prédisposer à la survenue d'une dépression.

d. Culture :

On ne peut pas dire qu'un environnement culturel présente plus de risque de survenue de dépression qu'un autre. Il s'agirait plutôt, d'une part de l'expression de la symptomatologie dépressive qui serait différente selon la culture, d'autre part de la technique utilisée pour détecter une dépression qui est souvent adaptée à un type de population. Par contre un changement d'environnement culturel peut influencer la survenue de symptômes dépressifs : dans une revue de la littérature récente (39), on a constaté qu'il existait une augmentation du risque de dépression suite à des changements sociaux. Certaines populations migrantes présentent fréquemment des problèmes de dépression : la perte au niveau individuel d'une manière de vivre traditionnelle (structure familiale, support social fort), des caractéristiques culturelles, de la langue au profit de la culture occidentale pourrait représenter un facteur de risque pour la maladie dépressive chez ces populations. Selon les spécificités culturelles, les symptômes dépressifs s'expriment différemment : Une étude réalisée à Taiwan (40) met en évidence des taux de dépression majeure beaucoup plus faibles que ceux des pays occidentaux. Une autre étude suggère que la dépression prend une forme différente, plus somatique et moins psychologique, dans la culture chinoise (41).

e. La saisonnalité :

On parle de dépression saisonnière (seasonal affective disorder) pour les dépressions ayant un aspect saisonnier : elles sont plus fréquentes en automne et en hiver. L'étiologie de ce type de dépression serait à caractère biologique. Les personnes qui ont un épisode dépressif de type saisonnier pourraient produire une hormone en excès, la mélatonine, qui est reliée au cycle du sommeil et à l'horloge biologique. La saisonnalité a également une influence sur la sévérité des épisodes dépressifs non saisonnier. Une étude réalisée en Belgique a ainsi comparé les scores de dégressivité et d'anxiété, obtenus sur l'échelle Zung Self-rating Dépression (ZD) et Anxiété (ZA), chez 104 patients dépressifs, au cours des quatre saisons. Quatre groupes de personnes dépressives comparables pour l'âge, le sexe et le type de dépression ont été constitués et les scores de dégressivité ont été calculés. Les scores de dégressivité obtenus en avril et en mai sont significativement plus élevés que ceux d'août et de septembre (44).

5. Comorbidités :

5.1 Affections médicales générales associées :

La comorbidité est définie comme l'association d'une maladie à une autre maladie, qu'elle soit de nature somatique ou psychiatrique. Selon le DSM-IV, le trouble dépressif majeur peut être associé à des affections médicales chroniques. 20 à 25% des personnes présentant des affections médicales générales (diabète, infarctus du myocarde, carcinomes, accident vasculaire cérébral) développeront un trouble dépressif majeur au cours de l'évolution de leur affection médicale. La prise en charge de l'affection médicale générale est alors plus complexe et le pronostic moins favorable. Les problèmes de dépression, conduisent à une souffrance psychologique, à un déclin fonctionnel, aux incapacités et à une mortalité importante (46). D'autres facteurs peuvent agir comme médiateurs dans la relation entre dépression et maladies physiques : selon certains auteurs, les anomalies dans le système nerveux autonome tel qu'une hyperstimulation du système sympathique (taux élevé de noradrénaline plasmatique) et une diminution du tonus du système parasympathique (basse variabilité de la fréquence cardiaque) pourraient être responsables d'issues médicales défavorables chez les personnes dépressives (47)

5.2 Maladie coronarienne et dépression :

La dépression augmente la morbidité coronarienne. En plus de la modification défavorable du comportement (activité physique, comportement alimentaire) dues à l'état psychique du patient, il existe des modifications métaboliques spécifiques à la dépression, qui augmentent le risque

Cardiovasculaire (48). Si la dépression augmente la probabilité de développer une maladie coronarienne, elle est également un prédicteur d'infarctus et de décès pour les patients coronariens (49). Chez les patients dépressifs et ayant une maladie de l'artère coronaire, il y aurait une moins bonne compliance aux médicaments. Une étude a ainsi montré qu'il y avait 35% de moins d'adhérence à l'aspirine chez les patients dépressifs comparés aux patients non dépressifs (50).

5.3 Cancers et dépression :

L'hypothèse selon laquelle la dépression peut favoriser la survenue d'un cancer n'est pas vérifiée dans les études récentes. Néanmoins, on constate que les patients cancéreux présentent très fréquemment un problème de dépression secondaire à leur cancer : ainsi la prévalence des troubles psychologiques chez les patients cancéreux est évaluée à 50%. Il s'agit le plus souvent de dépression et de trouble d'adaptation (51). Une étude a étudié la survenue de dépression et d'anxiété chez des personnes ayant eu un diagnostic récent de cancer du sein, cancer colorectal, gastrique et cancer de la prostate et dans un groupe témoin ayant réalisé les mêmes examens. Les résultats ont montré que 6 mois après le diagnostic de cancer, les patients ayant un cancer avaient 11 fois plus souvent un problème de dépression et/ou d'anxiété que les personnes n'ayant pas un cancer (52). Certains facteurs de risque de la dépression sont aussi des facteurs jouant un rôle dans la survenue du cancer : les événements douloureux de la vie, les pertes, les situations de vie difficiles et les caractéristiques psychologiques (53).

En outre, le stress, l'angoisse causée par le cancer et la douleur physique expliqueraient également la morbidité psychiatrique souvent observée : une étude a souligné le rôle causal de la douleur due au cancer dans la survenue de la dépression. On a ainsi remarqué que la prévalence de troubles dépressifs était significativement plus élevée chez les patients présentant de hauts niveaux de douleur dus à leur cancer que les patients présentant des niveaux de douleur bas (33% versus 13%) (54). Ces constats, bien que brefs pour l'importance du sujet, soulignent la relation complexe entre la dépression et le cancer. La comorbidité fréquente entre ces deux problèmes de santé doit être considérée avec attention. Le traitement de la dépression permet d'améliorer la qualité de vie des malades du cancer et doit être une composante essentielle dans la prise en charge du cancer

5.4 Consommation de substances :

Aussi bien pour le tabac que pour l'alcool, on constate que ces consommations sont souvent associées à la dépression. Il est néanmoins ardu de rechercher quel est le problème à l'origine de l'autre. La

Consommation de substance (l'alcool et le tabac) ainsi que la dépression pourraient avoir une étiologie partagée.

a. Alcool :

Les résultats d'une méta-analyse examinant la comorbidité de l'alcoolisme et des troubles anxieux et dépressifs dans plusieurs enquêtes réalisées à divers endroits, montrent que les personnes ayant un problème d'alcool présentaient un trouble anxieux ou dépressif deux à trois fois plus souvent (56).

La consommation de substances a été retrouvée dans une étude chez 24 à 40% de personnes présentant un trouble de l'humeur aux États Unis (57). Dans l'Enquête de Santé de 1997, les résultats montrent une légère différence entre les personnes dépressives et les personnes ne déclarant pas une dépression on au cours des 12 derniers mois, pour la consommation d'alcool (94% versus 82%), le nombre moyen de verres d'alcool par semaine et par personnes (5,6% versus 5,7%) l'abus d'alcool les 6 derniers mois (28% versus 29%). Cependant ces résultats sont biaisés car parmi les personnes interrogées qui consomment de grandes quantités d'alcool, la sous-déclaration est fréquente à cause du stigma social souvent associé à ce type de consommation.

b. Tabac :

Selon l'Enquête Santé par Interview de 1997 (58), la prévalence de la dépression est plus élevée chez les gros fumeurs que chez les non-fumeurs (13% versus 5%). Les données de plusieurs études (59) (60) suggèrent que la dépression joue un rôle dans l'habitude tabagique. Les personnes avec une dépression majeure sont plus à même de fumer et d'avoir des difficultés à arrêter de fumer. Au cours d'un suivi de cinq ans dans une population de jeunes adultes, on observe l'influence de la dépression majeure sur le comportement tabagique ultérieur et vice versa. Dans cette étude les auteurs font l'hypothèse d'une étiologie partagée entre la dépression et la consommation de tabac. Différents mécanismes agissent dans la progression du comportement tabagique. Il y aurait également des effets neuropharmacologiques de la nicotine (et d'autres substances de la fumée de cigarette) sur le système des neurotransmetteurs liés à la dépression (61)

5.5 La coexistence des troubles anxieux :

L'association de la dépression et des maladies anxieuses (troubles paniques, phobie sociale, anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif), bien qu'elle demeure mal comprise, est fréquente : plus de 50% des dépressifs présentent un trouble anxieux concomitant (62). D'après la plupart des études,

Cette comorbidité serait responsable d'une symptomatologie sévère et d'un pronostic à long terme moins bon que celui que connaîtraient ces troubles de manière isolée (63) (62) (64). L'association entre d'une part la dépression et l'anxiété et d'autre part la dépression et le syndrome de somatisation est très importante. Dans un échantillon de la population adulte belge, la comorbidité a été étudiée pour les différents troubles. Parmi les 63 personnes présentant une dépression, 75% des personnes interrogées présentaient également d'autres problèmes de santé. La maladie la plus présente (30% des cas) était l'anxiété (65). Il serait intéressant de reconfirmer ces résultats dans un échantillon plus grand.

6. Conséquences :

6.1 Tentatives de suicide, suicides :

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

Néanmoins divers travaux ont pu montrer que le suicide était étroitement lié aux maladies psychiatriques et notamment à la dépression (66-68). La dépression est le chemin final commun vers le suicide. La dépression est un facteur de risque important du suicide surtout chez les adolescents et les personnes âgées. Les personnes qui développent une dépression tardivement au cours de la vie sont à plus haut risque de faire un suicide. En outre, la comorbidité avec d'autres troubles comme l'anxiété, et les rechutes de dépression, augmentent le risque de suicide (69).

Néanmoins divers travaux ont pu montrer que le suicide était étroitement lié aux maladies psychiatriques et notamment à la dépression (66-68). La dépression est le chemin final commun vers le suicide. La dépression est un facteur de risque important du suicide surtout chez les adolescents et les personnes âgées. Les personnes qui développent une dépression tardivement au cours de la vie sont à plus haut risque de faire un suicide. En outre, la comorbidité avec d'autres troubles comme l'anxiété, et les rechutes de dépression, augmentent le risque de suicide (69).

Les tentatives de suicides sont plus nombreuses que les suicides (14 tentatives de suicide pour 1 suicide) et concernent d'avantage les femmes que les hommes (72). Ce problème est également à considérer avec attention car la majorité des suicidant récidivent. On peut estimer que le risque de

Suicide chez les patients ayant commis une tentative de suicide est de 150 fois plus élevé que dans la population générale.

Une étude réalisée en Belgique (73) a étudié l'association entre l'idéation suicidaire, les comportements suicidaires et les facteurs de risque potentiels chez des jeunes homosexuels et bisexuels et chez des jeunes scolarisés (n=404). Les résultats montrent que les jeunes avec une orientation homosexuelle et bisexuelle comparés aux jeunes à orientation hétérosexuelle, ont un risque double d'idéation suicidaire et de comportements suicidaires, et un risque quadruple de tentatives de suicide. Dans cette étude, l'analyse multivariée a identifié la dépression comme un facteur de risque significatif et indépendant de l'idéation suicidaire aussi bien chez les homosexuels/bisexuels que chez les hétérosexuels.

Un autre aspect de la relation entre dépression et suicide concerne le moyen utilisé pour commettre l'acte : les antidépresseurs prescrits pour le traitement de la dépression sont parfois utilisés à des fins suicidaires. Selon une étude réalisée en Suède, 4,4% des suicides (232/5281) seraient la conséquence d'une ingestion importante d'antidépresseurs (74). Cette constatation concerne néanmoins une minorité de suicides et les antidépresseurs ne sont pas les seuls médicaments utilisés lors des tentatives de suicide. Les problèmes les plus graves engendrés par les antidépresseurs sont le traitement non adéquat (undertreatment) et l'échec de traitement, plutôt que l'overdose liée à ces médicaments.

6.2 Influence sur la survie :

L'association entre symptômes dépressifs et mortalité a été étudiée lors d'un suivi de 7 ans dans un échantillon de femmes âgées de plus de 66 ans sélectionné à Baltimore (80). Durant le suivi, la mortalité variait de 7% chez les femmes ne présentant aucun symptôme dépressif à 17% chez les femmes ayant 3 à 5 symptômes dépressifs et à 24% chez les femmes présentant 6 ou plus symptômes dépressifs ($p < 0,001$). L'association entre les symptômes dépressifs et la mortalité restait forte même après ajustement sur les variables confondantes potentielles incluant les antécédents d'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, l'hypertension, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le statut tabagique, la santé perçue et le fonctionnement cognitif.

Deux constats sont à faire :

- La dépression s'accompagne d'une surmortalité par rapport à la population générale. Mais lorsqu'une autre maladie est associée à la dépression, le pronostic de celle-ci devenant moins favorable, le phénomène de surmortalité par rapport à la population générale est amplifié.
- La dépression diminue les taux de survie, mais c'est surtout le cas chez les hommes. En effet on constate que les femmes ont en moyenne deux fois plus de dépression que les hommes, mais leur survie est aussi plus élevée.

7. Traitement de la dépression :

a. Les traitements médicamenteux : Les traitements médicamenteux indiqués pour les dépressions sont les antidépresseurs et les sels de lithium. La découverte des antidépresseurs (aussi appelés thymoanaleptiques) est assez récente (1957) mais depuis lors un bon nombre de traitements existent pour traiter la dépression. La classe pharmacologique des antidépresseurs est assez hétérogène. Les antidépresseurs sont capables d'améliorer l'humeur dépressive moyennant un délai de quelques semaines.

Les différents antidépresseurs : On distingue classiquement trois grandes familles d'antidépresseurs : les tricycliques, les inhibiteurs de monoamine oxydase * (IMAO) et les antidépresseurs de génération récente (non tricycliques, non IMAO). Tous ont en commun la propriété d'augmenter le taux de certaines monoamines † cérébrales dont la teneur au niveau des synapses est insuffisante chez les personnes dépressives (dopamine, noradrénaline, sérotonine).

c. La psychothérapie : Chez les sujets dépressifs, le trouble de l'humeur s'accompagne de Répercussions négatives sur l'ensemble du vécu. L'approche psychothérapeutique est essentielle dans la prise en charge de la personne dépressive. Nous ne rentrerons cependant pas dans la description détaillée des différentes psychothérapies. Le principe de la psychothérapie est que le professionnel essaie d'atténuer le problème de la douleur psychique du patient par des moyens psychologiques, en combattant les sentiments négatifs (107). Les psychothérapies conjugales et familiales sont efficaces lorsque les facteurs familiaux sont impliqués. Certaines psychothérapies ont montré leur efficacité dans le traitement de la dépression : les psychothérapies comportementales, cognitives, interpersonnelles et psychodynamiques brèves (108). Elles ont en commun leur brièveté (le traitement se compose de près de 20 séances) et leur objectif centré essentiellement sur les symptômes. Ces psychothérapies ont l'avantage de présenter un modèle de la dépression compréhensible par le patient.

d. L'électroconvulsiothérapie :

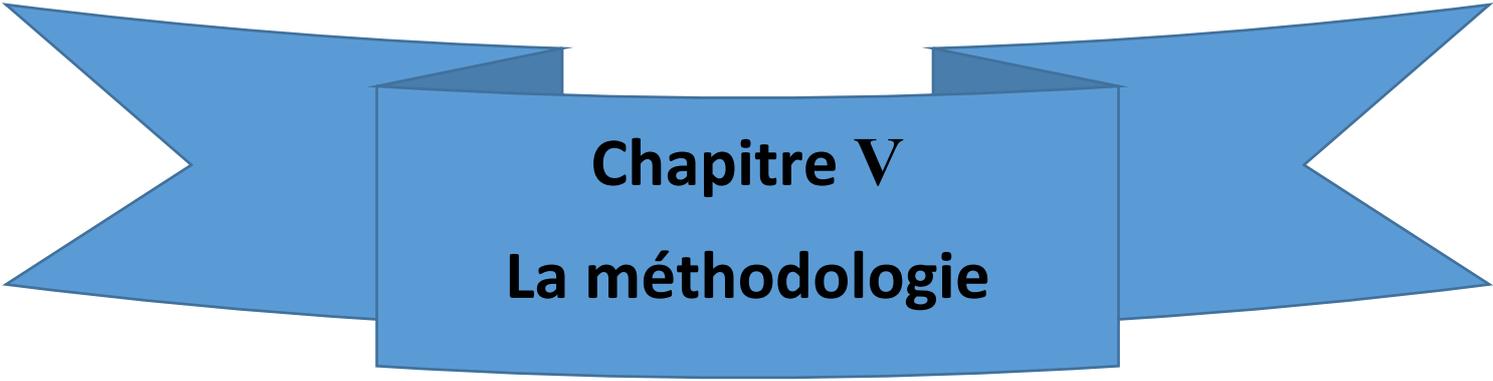
Ce traitement consiste à provoquer une crise d'épilepsie générale en délivrant une impulsion électrique au niveau de la boîte crânienne (108). Ce traitement est indiqué en première intention surtout lorsque la dépression est sévère, présentant un risque pour la vie de la personne malade (risque suicidaire, refus alimentaire) ou à la demande du patient ayant bien répondu à ce traitement dans le passé. Le traitement se compose de 2 à 3 séances par semaine pendant un mois et est réalisé en milieu hospitalier, sans anesthésie. Il s'agit d'un traitement qui n'est pas d'application très fréquente. En deuxième intention, cette méthode est utilisée pour les dépressions sévères résistantes aux traitements médicamenteux. L'efficacité des ECT dans le traitement des dépressions sévères est de l'ordre de 80%.

E. La luminothérapie :

La luminothérapie est actuellement le traitement de choix pour les formes de dépression saisonnière (SAD). On utilise principalement des diffuseurs qui fournissent une luminosité entre 2.500 et 10.000 Lux à une distance raisonnable de 60 à 80 cm. Selon la luminosité diffusée, la luminothérapie devrait durer 2 heures (à 2.500 lux) ou 40 minutes (à 10.000 lux) par jour et s'étendre dans un premier temps sur deux semaines, les patients choisissant eux-mêmes l'heure dans la journée. Ce traitement est disponible en Belgique pour traiter les troubles circadiens. Aucun problème de santé ni aucun effet secondaire sérieux n'a été observé jusqu'à présent lors de l'utilisation correcte de la luminothérapie. Le changement subit d'un état dépressif en un état maniaque ou hypomaniaque que l'on observe dans des cas isolés survient également en situation spontanée ou dans les traitements médicamenteux des patients « bipolaires » et ne constitue pas un effet secondaire propre à la luminothérapie.

Conclusion :

La dépression est une maladie pour laquelle des traitements existent et sont efficaces, cependant la prise en charge de ce problème n'est pas toujours appropriée et demande donc des efforts particuliers, d'une part pour informer la population sur les possibilités de traitement, d'autre part pour encourager la formation des médecins à la reconnaissance des symptômes de dépression et à la prescription d'un traitement adéquat. La formation des médecins aux problèmes fréquents de santé mentale est un élément essentiel à la prise en charge efficace de la dépression. Le système de formation des médecins devrait être revu pour prendre en compte cet élément.



Chapitre V
La méthodologie

Préambule :

Ce chapitre intitule la méthodologie, ou bien la méthodologie de recherche, cette dernière est utilisé dans tous types de recherche et dans des différents domaines, où elle aide et guide le chercheur à démarrer une tel recherche en suivant les différentes étapes de la méthodologie.

Donc cette dernière nous a aider aussi afin de réaliser notre thème de recherche. Donc dans ce chapitre là on va présenter les différentes étapes qu'on a suivi et de plus les outils qu'on a utilisé.

1. La pré-enquête :

Elle permet de situer l'objet d'étude dans un contexte global (sociologique, économique, historique, psychologique) et de formuler des hypothèses générales. Bien que cruciale, cette étape est peu formalisée. Tous les supports ou moyens d'information accessibles sont exploités, il peut ainsi s'agir de réaliser une observation directe ou de mettre en œuvre une méthode documentaliste. (Edith Salès-wuillemin,2013, P.8).

Dans le but de valider notre question de départ et afin d'aboutir à des hypothèses, ainsi que de recueillir des données sur notre population d'étude, nous avons réalisé notre pré-enquête en pratiquant des entretiens avec des patients atteints d'une insuffisance rénale chronique et plus spécifiquement les patients qui se traitent avec la dialyse.

On a travaillé avec les jeunes patients atteints d'une insuffisance rénale chronique plus spécifiquement avec les hémodialysés au sein de la clinique privé d'hémodialyse « BENMOUFFOK » qui se situe au centre-ville d'Akbou à Bejaïa. On a effectué plusieurs entretiens et observations avec plusieurs hémodialysés avec différents âges, afin d'obtenir des informations sur leurs maladies et pour pouvoir connaitre leur état psychologique, en utilisant la langue maternelle.

2. La méthode de recherche :

La méthodologie est la façon générale selon laquelle il faut mener à bien une recherche, qui s'appuie sur des réflexions d'une ou plusieurs théories de la science, et propose l'utilisation d'un ensemble de méthodes.

Les méthodes sont des recettes générales pour étudier une classe de phénomènes donnée, qui s'appuient sur des techniques et des méthodes de réflexion.

Les méthodes de réflexion sont comment il faut passer des données à la théorie ou inversement. Elles sont influencées par les théories de la science. Les techniques sont des recettes pratiques pour acquérir, manipuler, analyser des données, manipuler des concepts, etc.

Les méthodes sont souvent appelées également techniques. Elles sont utilisées pour révéler l'existence, identifier la « valeur », son importance ou son étendue, entre un ou plusieurs concepts identifiés dans un modèle à partir desquelles des déclarations peuvent être faites. Parfois une distinction est faite entre méthodes et techniques. Une définition présente la technique comme la façon ou la manière dont une méthode est appliquée ou déployée. (<https://oer.avu.org/bitstream/handle/>).

Dans notre travail de recherche on a basé sur le guide d'entretien qui nous a aidé à appliquer un entretien avec les patients dialysés pour pouvoir obtenir des données sur leur image du corps à travers un ensemble des questions qui sont déjà formulé, ensuite on a utilisé un test de dépression qui est l'échelle de Beck afin de mesurer le degré de dépression dans chaque patient.

3. L'étude de cas :

La méthodologie de l'étude de cas est une méthodologie de recherche très prisée en sciences sociales, utilisée pour étudier des phénomènes complexes nouveaux en situation réelle ou étendre les connaissances sur des phénomènes déjà investigués. Les études de cas apportent ainsi une analyse détaillée et en profondeur sur un nombre limité de sujets. L'objectif de ce chapitre est d'apporter un regard éclairé sur cette méthode pour les chercheurs-managers candidats au DBA qui envisagent d'utiliser l'étude de cas dans leur recherche, en expliquant pourquoi et comment utiliser cette méthodologie et en exposant les avantages et inconvénients. Pour cela nous nous appuyons sur les travaux de chercheurs renommés comme Yin (2003, 2009) ou Stake (1995) pour leurs techniques et recommandations sur la méthodologie de l'étude de cas. (<https://www.researchgate.net/publication/327911877>).

Mais L'étude de cas comme méthode de recherche comporte aussi des faiblesses dont il faut toujours être conscient quand on l'utilise. D'abord, elle est onéreuse en temps et pour le chercheur et pour les sujets. Ensuite, la validité externe de ses résultats pose problème, une étude de cas pouvant difficilement être reproduite par un autre chercheur. Finalement, elle présente des lacunes importantes quant à la généralisation des résultats qu'elle permet d'obtenir. En effet, il y a peu de chances que des études comparables soient menées pour généraliser la théorie qu'une étude de cas a permis d'induire ou pour rendre ses résultats applicables à toute une population (Lecompte et Goetz, 1982 ; Lucas, 1974

; Macmillan et Schumacher, 1984 ; Whyte, 1963 ; Worthman et Roberts, 1982). Il ne faut pas s'en surprendre, car la spécificité, la particularité et la diversité que favorise l'étude de cas ne font pas bon ménage avec l'universalité. D'une part, le fait de rechercher cette généralisation pourrait distraire le chercheur des éléments particuliers ou spécifiques importants qui l'aideraient à comprendre le cas lui-même (Stake, 1994). D'autre part, l'utilisation trop intensive de données empiriques dans le but de généraliser conduirait presque inévitablement à une théorie trop complexe où il serait difficile de distinguer les relations générales de celles qui sont particulières à chaque cas.

<https://excerpts.numilog.com > books>

Le chercheur qui envisage de recourir à l'étude de cas, ou à toute autre méthode qualitative de recherche, doit souscrire à la perspective constructiviste selon laquelle la société n'est pas donnée, comme la soutiennent les positivistes, mais construite par les relations que les individus établissent entre eux (Hagedorn, 1983).

L'adhésion à une telle perspective amène le chercheur à essayer de comprendre comment les gens agissent en tenant compte de l'influence du milieu où ils trouvent sur leurs comportements (McMilan et Schumacher, 1984).

Il s'agit donc d'obtenir plus d'informations que celles, néanmoins fort utiles, fournies par les méthodes quantitatives de recherche qui testent certaines variables, sans vraiment tenir compte du contexte dans lequel elles sont mesurées (Yin, 1981a).

En plus de vérifier s'il y a des relations entre les variables, le chercheur qualitatif veut savoir comment et pourquoi ces relations existent (Eisenhardt, 1989 ; Mintzberg, 1979).

Il est donc juste de dire que la décision de recourir à l'étude de cas n'est pas seulement un choix méthodologique : c'est aussi celui de l'obj étudié (Bardin, 1996).

Toujours selon cette perspective, les organisations, y compris les entreprises, sont des systèmes sociaux complexes. Pour les comprendre, des descriptions détaillées des situations, des événements, des gens, des interactions et des comportements sont nécessaires. Il faut cerner le comment, avant de pouvoir s'attarder au pourquoi des choses. Seules les méthodes qualitatives permettent d'obtenir de telles descriptions (Patton, 1982 ; Worthman et Robert, 1982) et l'unité de recherche « [...] n'est pas le laboratoire d'études des individus qui composent ces organisations, ni non plus les études sur le terrain

Comparant des groupes de travail, mais plutôt l'étude de cas dans lequel l'organisation est vue comme un tout intact et intégré » (Bullock,1986, p.33).

Le design d'étude met alors l'accent sur l'optimisation de la compréhension d'un phénomène plutôt que sur la généralisation des résultats (Bardin,1996).

Donc dans notre recherche c'est grâce à l'étude de cas qui nous a aidé à recueillir des données principales concernant l'image du corps chez les patients ayant une insuffisance rénale chronique en utilisant un guide d'entretien qui contient d'un ensemble de questions afin de faciliter la taches en utilisant la langue maternelle de chaque patient pour qu'ils puissent comprendre et pour avoir les informations qu'il faut sur leur image corporelle.

4. Le lieu de recherche :

On a effectué notre recherche au sein de la clinique privé « CLINIQUE BENMOUFFOK » au niveau du centre-ville d'Akbou à Bejaia ; dans lequel il est sous l'autorité d'un directeur de cette dernière. la clinique privé «CLINIQUE BENMOUFFOK » est une privé spécialiser uniquement pour les services d'hémodialyses, ce qui nous a permis d'effectuer des rencontres et la passation des entretiens avec nos sujet de recherche dans un cadre clinique favorable. Clinique Benmouffok est située à Rue Si Larbi Touati, Akbou 06001, Alegria, Wilaya de Béjaïa. Cette clinique constituée de deux étages, les sont spécialisés pour l'hémodialyse, donc il se caractérise par deux petite chambre et deux grandes chambre, de plus un bureau spécifié pour les médecins, et pour le deuxième étage on a aussi deux chambre pour les hémodialysés plus un bureau de réception plus une pharmacie. Par contre dans le rez-de-chaussée se compose par la réception des patient et un bureau pour la secrétaire et un autre bureau juste à côté pour le directeur de la clinique. Le sexe n'est pas prêt en considération et l'âge aussi, car on trouve des hémodialysés hommes et femmes et enfant, des jeunes, des adultes, des personnes âgées et même si les adolescents. Cette clinique contient de trois médecins généralistes et un néphrologue et un dialyseur plus les infirmiers.

Donc nous avons effectué notre recherche dans le premier étage avec les personnes adultes.

- **Un tableau récapitulatif des cas étudiés :**

Cas	Age	Niveau D'instruction	Profession	Situation matrimoniale	L'âge de L'apparition De la maladie
« A »	42 ans	Niveau Terminale	PDG dans Une société hydraulique	Marié	41 ans
« M »	39 ans	2 ^{ème} CEM	Routier	Célibataire	30 ans

5. Les outils de recherche :

Dans notre recherche on est basé sur les outils suivant :

5.1. Entretien de recherche :

L'entretien est en matière de recherche en sciences humaines et sociales, en sociologie, en psychologie, en en psychosociologie et en sciences de l'éducation en particulier, une pratique contradictoire : à l'aide d'une instrumentation spécifique, il veut mettre au jour ce qui était sans cette intervention caché, ce qui le serait resté, ce que, d'une façon générale, l'interviewé n'était pas disposé, en dehors de la situation créée, à divulguer.

Pourtant, la pratique de l'entretien est un moyen privilégié de récolte et de précompréhension de données ; J. Guilbert et G. Jumel ont très clairement résumé les limites d'une telle situation : « Par rapport aux autres sciences, hormis le fait qu'elles sont fréquemment accusées d'être moins scientifiques que les autres, les sciences humaines et sociales ont la singularité de porter sur les hommes. Pour comprendre ce qu'ils sont et ce qu'ils font, la tentation est forte de les écouter

L'entretien de recherche se trouve à la confluence du secret et de la publicité ; les intentions de confidentialité dont on l'agrèment souvent ne modifient pas ses caractéristiques et laissent entier le problème ainsi posé. (Louis Marmoz,2001, p12).

Donc à l'aide ce dernier et à l'aide le guide d'entretien qu'on a peut réaliser notre recherche et ce qui nous a aider de recueillir les informations qu'il faut sur l'image du corps chez les hémodialysés.

5.2. Le guide d'entretien :

Dans notre recherche on a utilisé ce guide d'entretien afin d'obtenir les informations qu'il faut sur l'image du corps et ce qui se compose des axes suivants :

• Caractéristiques personnels :

- Nom et prénom.
- Sexe.
- Age.
- Niveau d'instruction.
- Situation familiale.
- Profession.

• Antécédents familiaux :

- Avez-vous des frères et sœurs ?
- Combien ?

• Des informations à propos de la maladie :

- Raconter moi c'est quoi votre maladie ?
- Pouvez-vous me dire depuis quand vous avez cette maladie ? comment elle s'est apparu ?
- À quel âge votre maladie est diagnostiqué ?
- Suivez-vous un traitement ou un régime ?
- Quel est le moyen utilisé ?
- Combien de fois par semaine que vous faite la dialyse, et à quel heur vous commencez, et comment se déroule ?
- Quel est votre première réaction dès la découverte de votre maladie ?
- Comment vous faite pour gérer cette maladie ?

❖ Des informations sur le vécu et l'image du corps :

- Quel est votre image de soi-même ?
- Comment voyez-vous par rapport aux autres ?

- Comment voyez-vous avant et après la maladie ?
- Comment ça se passe dans votre vie de tous les jours en ce moment ?
- Quelle note entre 1 et 10 donnez-vous à votre santé aujourd'hui ?
- Que ressentez-vous à l'égard de votre maladie ?
- Avez-vous accepté facilement votre maladie ?
- Comment vous faites pour gérer votre situation ?
- Est-ce que cette maladie a influencé sur vos activités quotidiennes ?
- Comment voyez-vous votre avenir ?
- Qu'est-ce qui vous motive ?
- Vous aimez faire quoi dans la vie ?
- Quels sont vos projets ?
- Avez-vous réussi à traverser des moments difficiles depuis que vous savez que vous êtes malade ?
- Quel est votre soutien familial ?

5.3 L'échelle de dépression de Beck : c'est le deuxième outil qu'on a utilisé dans Notre recherche.

5.2.1. L'inventaire de dépression de Beck :

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

5.3.2 Un aperçu de la vie de Beck :

Aaron Temkin Beck voit le jour aux USA le 18 juillet 1921. Ses parents sont des émigrés Ukrainiens venus s'installer aux États-Unis à l'âge de 16 et 17 ans. Sa mère, Élisabeth Temkin, est une femme juive orthodoxe très pratiquante. Son père, Harry Beck, est quant à lui athée aux idées plutôt socialistes. Aaron s'intéresse très jeune aux sciences, ainsi qu'à la psychanalyse. Dans les années 1950, c'est en essayant de traiter des patients déprimés par la psychanalyse qu'il sera amené à remettre en question le bien-fondé des hypothèses freudiennes qui étaient jusqu'alors en vigueur dans le milieu médical. Par une approche précise et rigoureuse, et par l'objectivité de son analyse, il sera amené à démanteler tout l'édifice des hypothèses de la psychanalyse concernant la question

De la dépression et de l'anxiété. Ses conclusions font grand bruit et sont alors généralement très mal perçues par ses collègues psychanalystes. Aaron Beck ne s'engagera jamais dans des polémiques avec le monde de la psychanalyse. En revanche, il emploiera son temps avec son équipe, à élaborer un nouveau modèle du fonctionnement et le dysfonctionnement du psychisme humain, en travaillant au quotidien avec un très grand nombre de patients. Aaron Beck a employé ces dernières années à étudier la problématique de la violence avec sa fille Judith, qui est une proche collaboratrice.

5.3.3. Rappel historique :

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

5.3.4. Définition de test de Beck :

Le Beck Dépression Inventory (BDI) est une série de questions élaborées pour mesurer l'intensité, la gravité et la profondeur de la dépression chez les patients avec des diagnostics psychiatriques. Sa forme longue est composée de 21 questions, dont chacune est conçue pour évaluer un symptôme fréquent chez les personnes souffrant de dépression. Un court formulaire est composé de sept questions et est conçu pour l'administration par les prestataires de soins primaires. Aaron T. Beck, un pionnier de la thérapie cognitive, d'abord conçu le BDI. Il concerne des symptômes de dépression tels que l'irritabilité, le découragement, la culpabilité, le sentiment d'être puni, le ralentissement psychomoteur ou l'agitation, l'insomnie, la fatigue, la perte d'énergie, la perte ou le gain de poids, la perte de libido, ... Il est destiné aux adolescents et aux adultes aussi à ceux qui ont fait une tentative de suicide, alcoolique.).

A- Considération générale :

Le BDI –Il est un test qui mesure le niveau de dépression. 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 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.

B- Mode de passation :

Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions conviennent (59).

C-Temps de passation :

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

D-Mode d'administration :

Les consignes figurant sur le questionnaire sont les suivantes : 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 êtes senti au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerchez alors le chiffre placé dans devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncé, vous en trouvez plusieurs qui semblent d'écrire également bien ce que vous ressentez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerchez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 15 (perte d'énergie) et le groupe n° 18 (Modification de l'appétit). (Ibid. p 7)

E-Cotation de l'échelle :

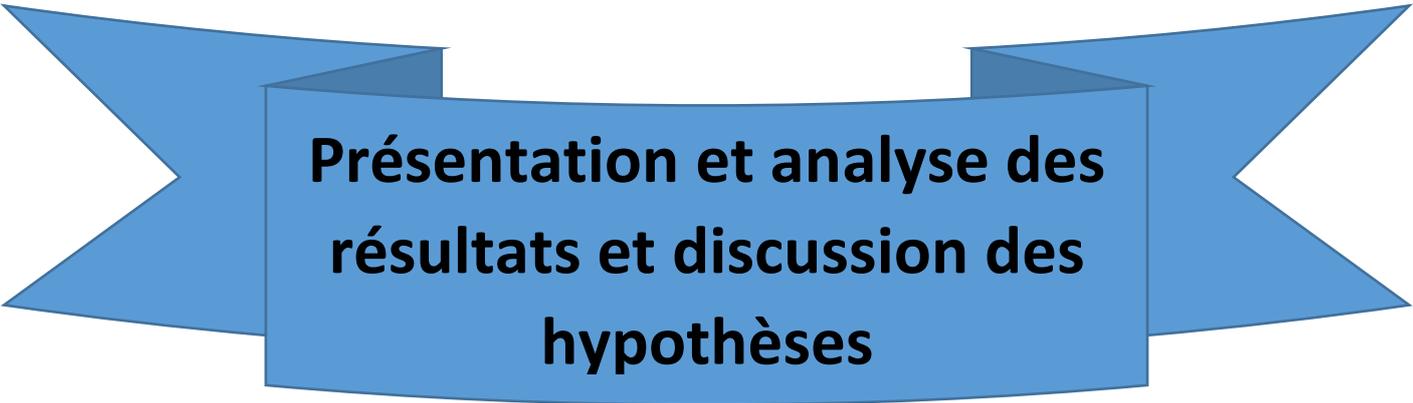
Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle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

F- Intérêt-Limites :

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

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| a. 0-4 : pas de dépression ; | b. 4-7 : dépression légère ; |
| c. 8-15 : dépression modérée ; | d. 16 et plus : dépression sévère. |

Conclusion : Ce chapitre de méthodologie, nous a servi d'une bonne organisation de notre travail, et le respect de certaines règles comme la méthode à utiliser, les outils de la recherche, la démarche à suivre, pour arriver à des résultats quand peut analyser et interpréter et dans le but d'infirmier ou de confirmer nos hypothèses formulées au début de la recherche.



**Présentation et analyse des
résultats et discussion des
hypothèses**

Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule :

Dans cette partie de notre recherche, on va d'abord aborder le point suivant qui est la présentation et analyse des résultats, ensuite on va passer à l'échelle de dépression celui de Beck, et vers la fin on passe au discussion des hypothèses dans le but de les confirmer.

I- Présentation et analyse des résultats et l'échelle de dépression de Beck :

1- Le cas n°1 : Mr (M) :

A) Présentation générale du cas :

Il s'agit de monsieur (M), âgé de 39 ans, célibataire, son niveau d'instruction c'est bien 2eme année CEM, il travaille au tant que routier, il vit avec sa propre famille, ce jeune homme a 2 sœur et 6 frères. Ce jeune homme souffre d'une insuffisance rénale chronique.

B) Sur le plan médical :

Monsieur (M), souffre d'une insuffisance rénale chronique, l'apparition de la maladie de ce jeune homme dès la première fois c'était au moins de février 2013 ,du au symptôme suivant qui est une chute de tension, d'après une consultation qui est faite chez un médecin néphrologue où il lui a fait un bilan, ensuite il lui a envoyé à l'hôpital de Beni Messouss afin de faire une biopsie au niveau d'Alger , cette dernière est faite afin de découvrir pourquoi ces reins ne fonctionnent pas « tayi bachi aydini c'est quoi le problème imi ihvessent tigezaliw » c'est comme des analyses, après cela ils ont envoyé ses analyses à l'étranger où ils ont découvert qu'il a une insuffisance rénale chronique « tevthayid s la tension ,tela thetatariyi, après teprovokiyi juste le premier rein,après 9imegh lehough s yeweth et par la suite tekmliyi teprovokiyi le deuxième rein, normalement ila9 ad kessegh la première bachi attessoulaji la deuxième, nekki offa9egh ara almi thekmel la deuxième » , « c'est une néphrologue, après tenayid c'est obligatoire atedialydith, après dialysigh ». il s'est diagnostiqué à l'âge de 30 ans, au début des 2 ans, il a suivi un traitement et un régime alimentaire , après il s'est arrêté de suivre son traitement « 3amayen imzwoura tessuivigh un traitement, après j'ai changé akhater oriffigh ara feli, iw3er bachi atekhdemet un régime, iw3er grave, des fois attetouth des fois atevghout attechecht lehadja » donc il interdit de manger du potassium, de la viande soit rouge soit blanche, des fruits et des légumes...etc, donc il a le droit de manger comme il veut juste durant la dialyse.il suit aussi un traitement médicamenteux comme Bonacor c'est le cœur, Zanitra c'est pour les reins, taour c'est pour le cholestérol, Aspégic c'est pour la circulation du sang, Un-alfa c'est pour les oses aussi l'opseene pour la tension, et pour

Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

l'autre moyen utilisé c'est bien le traitement avec la dialyse, donc il s'est dialysé 6 mois avec le cathéter au début à l'hôpital d'Akbou en 2013, ensuite en 2014 il s'est dialysé avec la fistule 7ans, 3 fois par semaine, 4 heures à 13h30 jusqu'à 17h30, à la clinique privé Benmouffok, à l'aide de la machine de dialyse qui est considéré comme un rein artificiel.

C) Sur le plan psychologique et image du corps :

À propos de son état psychologique, c'est un patient qui est un peu stressé, la première réaction dès la découverte de sa maladie c'était un choc « c'est un choc, ad ya3er akeya bachi atamenth », la manière dont ce malade gère sa maladie, c'est d'une manière hiérarchique « wellah ghir sedawekheth a peu pré kan, iw3er bachi atessdout une maladie ». « mayla ila l mokhim idjehd atessdout bien la maladie, malya lemkh chewia kan othezmiret ara atgérít bien ». Donc son état psychique s'est complètement déséquilibré, de plus il m'a dit que je me sens pas bien moralement, j'ai un malaise temps le temps, surtout l'hors de la séance de dialyse, malgré sa il fait semblant de ne pas montrer sa douleur et être toujours bien alaise « n'importe quel malade il se sent pas alaise, malgré sa adiweri imaniss athan bien, mais Netta il n'est pas bien du tout ». C'est un patient qui a un esprit ouvert, et de plus c'est une personne patiente et plaine d'espérance, malgré ses douleurs et malgré ses souffrances et ses difficultés qu'il a subi avec sa maladie il a commémé arrivé à les surmonter et arriver au mécanisme d'acceptation de sa maladie, il a accepté sa maladie « iffekad rebbi lehlak obliger ate9velet, c'est obligatoire ». l'image de soi de ce malade, il se voit normale comme lui comme les autres « assema atawetet atevelet la maladie ynem donc koulech amdivin normale », la seule différence c'est que moi j'ai des reins qui ne fonctionnent pas et par contre les autres non, avant sa maladie il se voit que il peut tout faire il peut travailler il peut voyager donc il peut réaliser plusieurs activités « tezmreth atekhdemet tezmret atechet ayen tevghit, ateynet aken tevghit ...etc » mais par contre au tant que malade qui a une IRC, c'est un obstacle pour lui de réaliser plusieurs activités, car il passe la majeure partie de son temps dans les séances de la dialyse, et aussi à cause de la fistule car il ne peut pas porter des choses qui sont très lourdes...etc. j'ai remarqué que sa jambe gauche est gonflée à cause de la fistule car cela représente le développement de la fistule, et en plus son teint est devenu beaucoup plus foncé et aussi il a une mauvaise odeur au niveau de la bouche, car tous ses symptômes là apparaissent durant la dialyse. l'objectif de ce patient c'est de quitter ce pays pour pouvoir récupérer ses droits au tant malade qui a une IRC.

Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-1- présentation et analyse de l'échelle de Beck :

1-1-1- l'échelle de dépression celui du cas « M » :

N° d'item	Items	cotation	Expressions
01	Tristesse	0	Je ne me sens pas triste.
02	Pessimisme	0	Je ne suis pas particulièrement pessimiste Ou découragé(e) à propos du futur.
03	Échec dans le passé	0 2 2 3	-je ne sens pas que je suis un échec. - je sens que j'ai accompli tres peu de Choses qui aient de la valeur ou une Signification quelconque. -quand je pense à ma vie passée, je ne Peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. - Je sens que je suis un échec complet en Tant que personne(parent,mari,femme).
04	Perte de plaisir	0 2	-je ne suis pas particulièrement mécontente (e). - je ne prends pas plaisir aux choses comme Auparavant.
05	Sentiment de Culpabilité	0 1 3	-Je ne me sens pas particulièrement coupable -je me sens plutôt coupable. -je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.
06	Sentiment d'être Puni	0 1	-je n'ai pas l'impression d'être puni (e). -j'ai l'impression que quelque chose de malheureux Peut m'arriver.
07	Sentiment négatif Envers soi-même	0	Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même
08	Attitude critique Envers soi	0 1 2	-je ne sens pas que je suis pire que les autres. -je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. -je me blâme pour mes fautes.
09	Pensée ou désir de Suicide	0	Je n'ai aucune idée de me faire du mal
10	Pleurs	0	Je ne pleure pas plus que d'habitude.
11	Irritabilité	0	-je ne suis pas plus irrité (e) maintenant que je le suis

Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

		1 3	D'habitude. -je deviens contrarié(e) ou irrité (e) plus facilement Maintenant qu'en temps ordinaire. -je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui M'irritent habituellement.
12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
13	Indécision	0 1 2	-je prends des décisions aussi bien que d'habitude. -j'essaie de remettre à plus tard mes décisions. -j'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
14	Dévalorisation	0	Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
15	Perte d'énergie	1 1	-j'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour Commencer à faire quelque chose. -je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
16	Modification dans Les habitudes de Sommeil	0	Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
17	Fatigue	0 1	-je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. -je me fatigue plus facilement qu'avant.
18	Modification de L'appétit	0	Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
19	Perte de poids	0 3	-je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vrai- Ment perdu dernièrement). -j'ai perdu plus de 15 livres.
20	Les préoccupations Somatique.	0 2	-je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que D'habitude. -je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de Penser à autre chose.
21	Perte d'intérêt pour Le sexe	1	Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant .
Score		26	
Degré de dépression		Sévère	

Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

L'échelle de dépression de Beck démontre que le cas «M », a un sentiment d'échec dans le passé dans l'item n°3 ou il a répondu par le degré (2), « je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque », et par le (2) aussi, « quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs », et par le degré (3), « je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme). et un sentiment de perte de plaisir dans l'item (4), en répondant par le degré (2), « je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant ». et un sentiment de culpabilité dans l'item (5), en répondant par le degré (1), « je me sens plutôt coupable », et par le degré (3), « je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne ». et un sentiment de punition dans l'item (6) en répondant par le degré (1), « j'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver ». et aussi on remarque qu'il a une attitude critique en vers soi dans l'item (8) en répondant par le degré (1), « je me critique pour mes faiblesse et mes erreurs », et par le degré (2), « je me blâme pour mes fautes ». et un sentiment d'irritabilité dans l'item (11) en répondant par le degré (1), « je deviens contrarié(e) ou irrité (e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire », et par le degré (3), « je ne suis plus irrité (e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement ». et un sentiment d'indécision dans l'item (13), en répondant par le degré (1), « j'essaie de remettre à plus tard mes décisions », et par le degré (2), « j'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions ». et dans l'item (15), on remarque qu'il a une perte d'énergie, en répondant par le degré (1), « j'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose », et par l'autre degré (1) aussi, « je ne travaille pas aussi bien qu'avant ». et dans l'item (17), il a un sentiment de fatigue, en répondant par le degré (1), « je me fatigue plus facilement qu'avant ». et dans l'item (19), le patient a une perte de poids, en répondant par le degré (3), « j'ai perdu plus de 15 livres ». et aussi dans l'item (20), on a les préoccupations somatiques, où il a répondu par le degré (2), « je suis tellement préoccupé (e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose ». et suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant ».

Synthèse du cas « M » :

D'après l'analyse de l'échelle de dépression de Beck, nous avons déduit que le sujet a une dépression sévère.

2-le cas N° 2 Mr « A » :

A) Présentation générale du cas :

Il s'agit de Mr « A », âgé de 42 ans, marié et père de deux enfants. Ce dernier a un niveau terminal et aussi est un PDG dans une société hydraulique. Il souffre d'une IRC.

Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

B) Sur le plan médical :

L'apparition de la maladie de Mr « A » est dû à une faiblesse, depuis le 28 octobre 2019 à l'âge 41 ans, après avoir fait un bilan où il a découvert qu'il a une hypertension. Donc, il est pris en charge au niveau de l'hôpital de Bougaa où il a resté 7 jours, où ils ont déclaré que il a une IRC, où il a commencer le traitement de dialyse, après il est pas vraiment convaincu, où il a décidé de partir à Alger où ils lui ont dit que vous ne s'inquiéter pas c'est juste une insuffisance rénale aigue, c'est pas quelque chose de grave, ensuite il s'est retourné à Bougaa pour la deuxième fois où il a rester la bas 1 mois, où ils l'on fait des analyses « Biopsirina, genre une tumeur pour l'analyser, mais ils ont rien trouvé », ensuite il a retourner à Alger aussi pour faire un compte rendu, où ils ont découvert qu'il a une insuffisance rénale, après depuis le 1^{er} janvier 2020 que j'ai commencé la dialyse à Béjaïa, et chaque 6 mois il doit passer par un contrôle à l'aide d'un néphrologue, donc ce dernier il suivi aussi un régime alimentaire qui est l'interdiction de consommer tous qui est salé, surcisé, tout les aliments qui contiennent du potassium, les légumes en générale, et aussi les fruits sauf il peut manger la pomme, il peut pas manger aussi de la viande rouge surtout et la viande blanche, la caféine et même du lait il boit qu'un demi verre, donc ce dernier a le droit de manger tous qu'il veut uniquement durant la séance de dialyse. Il prend aussi d'autres médicaments pour la tension comme des comprimés « APROVESK » au début et après « L'EZERB », il se dialyse à 9h jusqu'à 13h, 3 fois par semaine, donc il a 18 mois de dialyse.

C) sur le plan psychologique et image du corps :

La première réaction de ce patient c'était un choc, « j'étais choqué, j'étais étonné, même la famille ils sont tous choqués », c'est une personne qui est très patiente et très organisée et qui aime la propreté et très calme aussi, il considère sa maladie comme un ami, « la maladie je la considère comme un ami, c'est comme un état normal ». Il se compare jamais à l'autre, c'est une personne qui se voit pas qu'elle est malade « winna ayizren iqareyid en dirait pas que tu est malade », c'est une personne qui est très motivé et compte toujours sur lui-même et jamais il se sent qui est faible, c'est une personne qui a accepté sa maladie facilement « si c'est le bon Dieu qui veut sa donc j'accepte sans hésitation », malgré sa, sa maladie représente un grand impact sur ses activités où il a arrêté son travail à cause de la dialyse car il a pas assez du temps pour travailler et aussi à cause de la fistule car il faut pas qu'il travail très dure. donc ce monsieur ne représente aucune modification au niveau de son image du corps car c'est nouveau dialysé, d'après sa forte personnalité il a réussi à surmonter ou à dépasser des moments très difficiles, et son rêve c'est que de quitter ce pays pour pouvoir vivre avec sa maladie.

Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

2-1- la présentation et analyse de l'échelle de Beck :

2-1-1- l'échelle de dépression du cas « A » :

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
1	Tristesse	0	Je ne me sens pas triste
2	Pessimisme	0	Je ne suis pas particulièrement pessimiste Ou découragé(e) à propos du futur
3	Échec dans le passé	0 2	-Je ne sens pas que je suis un échec -je sens que j'ai accompli très peu de choses Qui aient de la valeur ou une signification Quelconque
4	Perte de plaisir	0	Je ne suis pas particulièrement mécontent (e)
5	Sentiment de Culpabilité	0 1	-je ne me sens pas particulièrement coupable. -Je me sens plutôt coupable.
6	Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas l'impression d'être puni (e)
7	Sentiment négatif Envers soi-même	0	Je ne me sens pas déçu (e) de moi-même
8	Attitude critique Envers soi	0 1 2	-je ne sens pas que je suis pire que les autres -je me critique pour mes faiblesses et mes Erreurs. -je me blâme pour mes fautes
9	Pensée ou désir de Suicide	0	Je n'ai aucune idée de me faire du mal
10	Pleurs	0	Je ne pleure pas plus que d'habitude
11	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irrité (e) maintenant que je Le suis d'habitude
12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu intérêt aux autres
13	Indécision	0 1	-je prends des décisions aussi bien que D'habitude -j'essaie de remettre à plus tard mes décisions
14	Dévalorisation	0	Je n'ai pas l'impression de paraître pire Qu'auparavant
15	Perte d'énergie	1	-j'ai besoin de faire des efforts

Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

		1	Supplémentaires pour commencer à faire Quelque chose -je ne travaille pas aussi bien qu'avant
16	Modification dans Les habitudes de Sommeil	0	Je peux dormir aussi bien que d'habitude
17	Fatigue	0	Je ne suis pas plus fatigué (e) que d'habitude
18	Modification de L'appétit	0	Mon appétit est aussi bon que d'habitude
19	Perte de poids	0	Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en Ai vraiment perdu dernièrement)
20	Les préoccupations Somatiques	0 3	-Je ne suis pas plus préoccupé (e) de ma santé Que d'habitude -je pense seulement à ce que je ressens ou Comment je me sens
21	Perte d'intérêt pour Le sexe	0	Je n'ai noté aucun changement récent dans Mon intérêt pour le sexe
Score		12	
Degré de dépression		Légère	

L'échelle de dépression de Beck du cas « A », démontre qu'il a un échec dans le passé dans l'item (3), où il a répondu par le degré (2), « je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque ». et dans l'item (5), il a un sentiment de culpabilité en répondant par le degré (1) « je me sens plutôt coupable ». et dans l'item (8), il a une attitude critique envers soi, où il a répondu par le degré (1), « je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs », et par le degré (2), « je me blâme pour mes fautes ». on remarque aussi qu'il a une indécision dans l'item (13), en répondant par le degré (1), « j'essaie de remettre à plus tard mes décisions ». et dans l'item (15), il a une perte d'énergie car il a répondu par le degré (1), « j'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose », et par l'autre degré qui est (1), « je ne travaille pas aussi bien qu'avant ». et dans l'item (20), il a des préoccupations somatiques, en répondant par le degré suivant (3), « je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens ».

Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

Synthèse du cas « A » :

D'après les résultats obtenus de l'échelle de Beck du cas « A », on remarque qu'il a une dépression légère, car il se sent pas vraiment déprimer.



**Discussion des
hypothèses**

Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

- **La première hypothèse :**

« chez les personnes atteints d'une insuffisance rénale chronique, la plupart d'entre eux se trait à travers l'hémodialyse à travers le cathéter au premier temps, ensuite à travers la fistule, et à cause du développement de cette dernière au niveau du bras, où leur image du corps représente comme un sentiment d'incomplétude du corps jusqu'à parfois le sentiment de morcellement ».

Donc effectivement d'après les deux cas qu'on a étudiés cela nous aide à confirmer notre hypothèse. Surtout par rapport au cas « M ».

Donc pour le cas « M » on remarque que il représente ses symptômes qu'on a cités dans la première hypothèse, au début il s'est dialysé par le cathéter en 2013, pendant 6 mois, après en 2014 il a commencé à se dialyser avec la fistule pendant 7 ans, donc c'est vrai c'est à cause de la dialyse que ce patient a commencé à avoir un sentiment d'incomplétude au niveau de son image corporelle, car à cause du développement de la fistule que son corps a commencé à se modifier, où on remarque le bras gauche est gonflé, de plus il a un changement au niveau de son teint où il est devenu plus foncé, donc la fistule aussi lui empêche de faire plusieurs activités, car il est obligé de protéger sa fistule pour ne pas se détruire, en portant quelque chose qui est lourde donc automatiquement cela le mène à un sentiment de morcellement.

- **La deuxième hypothèse :**

« À partir de l'utilisation de l'échelle de Beck par la suite, les hémodialysés représentent non seulement un malaise au niveau de leur image du corps mais aussi ils représentent un certain degré de dépression bien déterminé. »

Donc c'est vrai aussi on confirme cette hypothèse d'après les résultats obtenus dans l'échelle de dépression de Beck utilisée avec nos patients.

Donc pour le « M », non seulement il représente une image du corps qui est perturbée, mais aussi il souffre d'une dépression sévère indiquée par les items suivants ; (3), (4), (5), (6), (8), (11), (13), (15), (17), (19), (20).

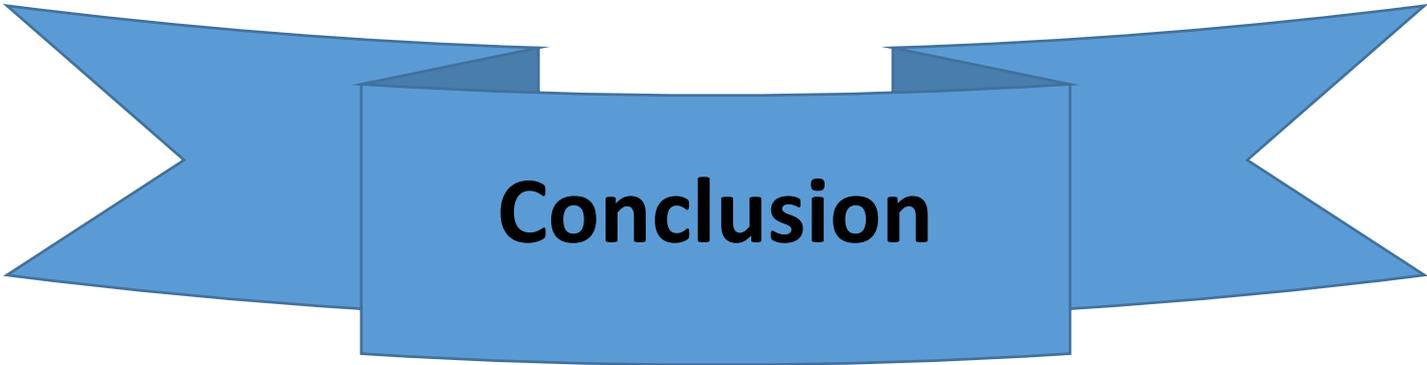
Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

Aussi pour le cas « A », il représente une dépression légère indiquée par les items suivants ; (3), (5), (8), (13), (15), (20).

Les difficultés de la recherche :

A la réalisation de notre travail de recherche de multiples obstacles, parmi ces difficultés rencontrées nous citons :

Le manque des ouvrages concernant notre thème à cause de la nouveauté de la filière de psychologie clinique, et aussi durant le stage pratique dans la clinique privé d'hémodialyse « Benmouffok » on a rencontré plusieurs difficultés au niveau des papiers pour pouvoir commencer le stage, la majorité des patients refuse de faire un entretien avec eux, car durant leurs séances de dialyse ils aiment être bien branché et tranquille sans aucun dérangement.



Conclusion

À travers notre recherche on a démontré que les patients atteints d'une IRC se traitent par la dialyse par le cathéter au premier temps ensuite par la fistule, donc ce traitement peut provoquer des modifications au niveau de l'image du corps qui mène certains patients à un sentiment de détresse et de dépression.

Le corps est le véhicule de l'être au monde, et avoir un corps c'est pour un vivant se joindre à un milieu défini, se joindre à certains objets et s'y engager continuellement.

L'image du corps concerne les représentations interne du corps, ces représentations seraient réelles, stables et joueraient un rôle dans la constitution de l'identité personnelle, dans le fait de se reconnaître comme une entité unique appelé le moi, quand la personne est en bonne santé, mais si elle est malade par une maladie chronique qui modifie l'image du corps par un traitement permanent, cette image va être perturbée.

La réalisation de notre travail s'est basée sur la revue de littérature et un ensemble d'observation recueillies par le terrain d'étude lors la pré-enquête, ce qui nous a orienté afin de poser clairement nos questions et de formuler nos hypothèses.

L'insuffisance rénale chronique est un événement qui peut être pour chacun de nous un traumatisme et une réalité difficile à accepter, cette maladie entraîne des conséquences sur le plan psychologique et social de la personne.

Donc, d'après le stage pratique qu'on a fait au niveau de la clinique privé d'Akbou « Benmouffok », qu'on arrivé a réalisé notre recherche sous le thème « le vécu psychologique chez les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique ».

Donc, dans notre recherche on a appris beaucoup de chose, et on a mieux compris de quoi s'agit-il la maladie d'insuffisance rénale chronique, comment elle apparaisse et quel sont les effets psychologiques quel peut provoquer les patients.

Et malgré la recherche qu'on a faite à propos de notre thème, mais sa reste un thème qui tres vaste et qui a besoin d'une étude très vaste et longitudinale.

Liste Bibliographique :

- (A. haynal / w. pazni, M. archinard , 1992, p. 65)
- L'entretien de la recherche dans les sciences sociales et humaines : la place du ...de louis varnoz.
- Etude de cas comme méthode de recherche : guide de réalisation, d yves-chantal gaguon.
- De la dialyse à la greffe, de l'hybridité immunologique à l'hybridité sociale.
- Médecine psychosomatique, A.H, Haynal/w. pazni.M.Archinard, 3eme edition.
- Monographie de l'insuffisance rénale chronique, Boubchir Med Akli,en 2002.
- [https://www. Boulimie.com/s'informer/dossier-du-moi/l'image-du corps-en-psychanalyse](https://www.Boulimie.com/s'informer/dossier-du-moi/l'image-du-corps-en-psychanalyse).
- <https://www.camh.ca> files > dépression –guide-fr.pdf>.
- DSMV
- CIM10
- DSMIV
- <https://oer ,w.orgs bitstream >handle>.
- <https://www.researchgate.net>publication>327911877>
- lecompte et Goetz 1982;lucas,1974;macilan et sdumacher,1982;whyte,1963;worthman et Roberts,1982.
- <https://excerpts,munilog.com>book>.
- Beck A.street,cohérence interne de l'original et révisé Beck dépression inventory, journal of clinical psychology.

ANNEXE

Inventaire de Beck pour la dépression

Nom :

date :

résultat :

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
2. Placez un « X » dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un « X » à chacune.

1. 0 () Je ne me sens pas triste.

1 () Je me sens morose ou triste.

2 () Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.

2 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.

3 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.

2. 0 () Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.

1 () Je me sens découragé(e) à propos du futur.

2 () Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.

2 () Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.

3 () Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer

3. 0 () Je ne sens pas que je suis un échec.

1 () Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.

2 () Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification

quelconque.

2 () Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.

3 () Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).

4. 0 () Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).

1 () Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps.

2 () Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.

2 () Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.

- 3 () Je suis mécontent(e) de tout.
5. 0 () Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 () Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
- 1 () Je me sens plutôt coupable.
- 2 () Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps
- 3 () Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.
6. 0 () Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
- 1 () J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
- 2 () Je sens que je suis ou serai puni(e).
- 3 () Je sens que je mérite d'être puni(e)
- 3 () Je veux être puni(e)
7. 0 () Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
- 1 () je suis déçu(e) de moi-même.
- 1 () Je ne m'aime pas.
- 2 () Je suis dégoûté(e) de moi-même.
- 3 () Je me hais.
8. 0 () Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
- 1 () Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
- 2 () Je me blâme pour mes fautes.
- 3 () Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal.
9. 0 () Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
- 1 () J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
- 2 () Je sens que je serais mieux mort(e).
- 2 () Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
- 3 () J'ai des plans définis pour un acte suicidaire.
- 3 () Je me tuerais si je le pouvais.
10. 0 () Je ne pleure pas plus que d'habitude.
- 1 () Je pleure plus maintenant qu'auparavant.

2 () Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter.

4 () Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux

11. 0 () Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.

1 () Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire

2 () Je me sens irrité(e) tout le temps.

3 () Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.

12. 0 () Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.

1 () Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.

2 () J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.

3 () J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.

13. 0 () Je prends des décisions aussi bien que d'habitude.

1 () J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.

2 () J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.

3 () Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout

14. 0 () Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.

1 () Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait.

2 () Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements

me font

Paraître sans attrait..

3 () Je me sens laid(e) et répugnant(e).

15. 0 () Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.

1 () J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.

1 () Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.

2 () J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit.

3 () Je ne peux faire aucun travail.

16. 0 () Je peux dormir aussi bien que d'habitude.

1 () Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude.

2 () Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.

3 () Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures

17. 0 () Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.

1 () Je me fatigue plus facilement qu'avant.

2 () Je me fatigue à faire quoi que ce soit.

3 () Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

18. 0 () Mon appétit est aussi bon que d'habitude.

1 () Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude.

2 () Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.

3 () Je n'ai plus d'appétit du tout.

19. 0 () Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement).

1 () J'ai perdu plus de 5 livres.

2 () J'ai perdu plus de 10 livres.

3 () J'ai perdu plus de 15 livres.

20. 0 () Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.

1 () Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.

2 () Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour

moi de penser à autre chose.

3 () Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.

21. 0 () Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.

1 () Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.

2 () Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.

3 () J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe

Résumer :

Notre mémoire intitulée « le vécu psychologique chez les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique », donc notre objet d'étude c'est bien que d'étudier l'image du corps et la dépression chez les hémodialysés, donc l'objectif de notre recherche c'est bien que de savoir quel est l'image du corps chez les hémodialysés est quel sont les changements qui peuvent se manifester à travers cette maladie sur leur schéma corporel, de plus c'est pour reconnaître le degré de dépression chez les patients ayant une insuffisance rénale chronique. On a travaillé avec deux cas monsieur « M » et monsieur « A », au niveau de la clinique privé d'hémodialyse qui se situe au niveau de centre-ville d'AKBOU, en utilisant les outils suivants « le guide d'entretien » qui contient des différents axes sur l'image du corps et « l'échelle du Beck » pour évaluer le degré de dépressions chez ces deux patients. Donc le résultat obtenu, chez le cas « A » on a remarqué aucune modification sur son corps et légère de dépression est légère, par contre chez le « M » non seulement il représente une image du corps qui est perturbé, mais aussi il souffre d'une dépression sévère. Donc voilà brièvement un petit résumer sur notre recherche.

To summarize:

Our thesis entitled "the psychological experience in patients with chronic renal failure", so our object of study is to study the image of the body and depression in hemodialysis patients, therefore the objective of our research is good that to know what is the image of the body in hemodialysis patients is what are the changes that can manifest themselves through this disease on their body diagram, moreover it is to recognize the degree of depression in the hemodialysis patients. patients with chronic renal failure. We worked with two cases, Mr. "M" and Mr. "A", at the private hemodialysis clinic which is located in downtown AKBOU, using the following tools "the interview guide" which contains different axes on the body image and the "Beck scale" to assess the degree of depression in these two patients. So the result obtained, in case "A" we noticed no modification on his body and slight depression is slight, on the other hand in the "M" not only does he represent an image of the body which is disturbed, but also he suffers from depression. 'severe depression. so here is a brief summary of our research.