

Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique

Thème

**Le dysfonctionnement familial et la
dépression chez les personnes atteintes la
maladie d'insuffisance rénale chronique**
**Etude clinique de quatre (04) cas a l'hôpital de
Sidi Aich**

Préparée par :

M^{elle} : NAIT Amara Sabrina

M^{elle} : RAHIL Rina

Encadré par :

M^r : GACI khelifa

Année Universitaire

2014/2015

Remerciement

Avant tout, nous rendons grâce à Dieu de nous avoir accordé santé,
courage et patience afin d'accomplir ce modeste travail.

Aussi nous très chère parents pour leur soutien leur amour, et leurs
patience, durant toutes nos années d'étude.

Un merci particulier à notre encadreur Monsieur GACI KHELIFA pour
son aide, ses orientations, et ses conseils.

Merci à ceux qui prennent le temps d'évaluer notre travail, mesdames et
monsieur les membres de jury.

Merci à tous le personnel de service d'hémodialyse de CHU de SIDI
AICHE, en particulier la psychologue pour sa disponibilité et sa
coopération.

Merci aussi à tous les patients.

Enfin, nous dirons Merci à tous ceux qui ont contribués de près ou de loin
à la réalisation de ce modeste travail.

Merci pour votre

Attention et soutien

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail en particulier :

A mes très chers parents qui ont toujours été un soutien moral et un modèle de labeur et de persévérance ;

Ma mère HANIA: Nous sommes fiers de t'avoir comme maman et d'avoir reçu de toi une éducation de qualité. Tu nous à toujours soutenue durant tout notre vie, tu n'as jamais cessé de nous encourager et de nous conseiller, ces caractères font de toi une maman exemplaire, adorable et aimable.

Mon père AAZIZ: Ta sagesse et franchise font de toi un père aimable.

Que Dieu vous garde le plus longtemps possible et j'espère que vous trouverez dans ce travail toute ma reconnaissance et tout mon amour.

A mes chers frères et sœurs : GHANI, WAFA, SAID, SONIA,DAHIBIA, ma petite chère bien aimer AYA, pour leur patience et leur soutien qui mon apporter au cours de mes années d'étude.

A mes cousins, cousines, oncles et tantes, qui porte le nom de famille RAHIL et TOUATI

A mes amis : avant tout mon très cher amis BILAL que je considère comme un frère, pour son soutien, sa disponibilité et sa compréhension, et à d'autres amis chaqu'un à son nom et a ma binôme SABRINA et sa famille.

Rina

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A mes très chères parents, que Dieu les protège.

A mes grands parents

A mon cher frère Lamine

A ma très chère sœur chahrazed et son mari Mustapha

A mes très chères sœurs Sonia, Wafa, Nawel et mon ange Melissa

A mon futur mari Rabah et sa famille

A mes oncles et tantes

A tata Linda et sa famille en particulier

A mes cousins et cousines.

A mes beaux frères Aziz, Samir

A Mes belles sœurs Hassina, Samira

A mes amies, Sonia, Taws, Sabrina, Zahwa, Nawel, Amel, Dihia, Kahina,
Maada, Nacera, Saida, Samia, Nounou, Fairouz, malika

A ma binôme Rina et sa famille

A tous ceux qui portent mon nom : Nait Amara

Sabrina

Remerciement

Dédicace

Sommaire

Liste des tableaux.....

Liste des schémas.....

Introduction générale..... I

Le cadre général de la problématique

1-La problématique et hypothèse..... 3

2- L'objectif de la recherche 3

3- choix du thème..... 4

4-La définition et l'opérationnalisation des concepts..... 4

Partie théorique

Chapitre I : la famille, ses caractéristiques, et son dysfonctionnement.

Préambule..... 6

1-La famille..... 6

1-1- Histoire de la famille..... 6

1-2- Définitions 7

1-3- Les fonctions de la famille..... 9

1-4- Les types de la famille..... 11

1-5- Evolution et caractéristique de la famille algérienne..... 11

2-Le dysfonctionnement familial..... 12

2-1- Quelques critères de distinction entre normalité et anormalité dans les comportements familiaux..... 13

2-2- Le rôle de la famille..... 14

2-3- Les causes du dysfonctionnement familial..... 15

Conclusion du chapitre..... 21

Chapitre II : Dépression, ses types et ses caractéristiques

Préambule..... 24

1-Emergence de concept.....	24
2-Définition.....	26
3- Les symptômes de la dépression	27
4-Les factures de la dépression.....	34
5- Les types de la dépression.....	37
6- La théorie psychanalytique.....	47
7- Le traitement thérapeutique.....	49
Conclusion du chapitre.....	49
Chapitre III : Le rein, ses fonctions et l'insuffisance rénale chronique	
Préambule.....	52
1- le rein.....	52
1-2 Définition de rein	52
1-3 situation des reins	53
1-4 le rôle du rein dans le corps	54
2- insuffisance rénale et hémodialyse	55
1-1 Définition de l'insuffisance rénale aigue	55
2-2 types de l'insuffisance rénale	55
2-3 l'insuffisance rénale aigue.....	56
2-4 les différents types de l'insuffisance rénale aigue.....	56
2-5 les principales causes de l'insuffisance rénale aigue	56
2-6 l'insuffisance rénale chronique	57
2-7 les causes de l'insuffisance rénale chronique	57
2-8 les signes de l'insuffisance rénale.....	58
2-9 le traitement de l'insuffisance rénale	58
2-10 la dialyse	58
2-11 l'hémodialyse	59
Conclusion du chapitre.....	60

La partie pratique

Chapitre IV : la méthodologie de la recherche.....	62
Préambule.....	62
1-Méthode utilisée.....	62
2-Le groupe d'étude	63
3- Le lieu de la recherche.....	64
4- Les outils d'investigations.....	65
5- L'entretien clinique	65
6- Test de la famille	67
- L'échelle de Beck.....	73
8- Déroulement de la recherche	74
Chapitre V : la présentation des cas et l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses.	
1- la présentation des cas et l'analyse des résultats.....	76
1) le cas salim.....	76
2) le cas karim.....	92
3) le cas de samira.....	104
4) le cas nassima.....	115
2- discussions des hypothèses.....	125

Conclusion générale

Bibliographie

Annexe

La liste des tableaux :

N° de tableau	Titre de tableau	page
(01)	Les caractéristiques de groupe d'étude	64
(02)	Classement du niveau de dépression selon Beck	74
(03)	La présentation des résultats de l'échelle du Beck1 cas	88-90
(04)	La présentation des résultats de l'échelle du Beck de 2émécas	102-103
(05)	La présentation des résultats de l'échelle de Beck de 3 ème cas	113-114
(06)	La présentation des résultats de l'échelle de Beck4 ème cas	122-123

La liste des figures :

N° de figure	Titre de figure	Page
(01)	situation des reins dans le corps	53
(02)	L'hémodialyse	60

Introduction générale

Introduction :

Les maladies rénales sont silencieuses en dehors des calculs urinaires. Souvent, elles ne sont pas détectées suffisamment tôt pour permettre de retarder l'évolution vers l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC).

La dialyse est un traitement couramment utilisé par les malades atteintes de cette maladie (IRC) qui est pour l'épuration de sang extra corporellement dans une machine appelé le dialyseur « rein artificiel ».

La gravité de cette maladie bouleverse la vie du patient sur plusieurs plans : plan familial, social et psychologique.

On peut signaler que la dépression est l'une des conséquences de la souffrance psychique due à cette maladie. Et le dysfonctionnement familial est toujours perçue par les malades à cause de leur sensibilité

Notre recherche qui porte sur le lien qui peut exister entre la maladie d'insuffisance rénale chronique, la dépression et le dysfonctionnement familial est réalisé auprès d'un groupe d'étude de quatre cas adultes. Pour les moyens d'investigation, nous avons choisi d'utiliser l'entretien clinique semi-directif et le test de la famille (FAT) et l'échelle de BECK (BDI-II)

Pour enrichir et éclaircir les idées qu'on à abordées précédemment, on a suivi le plant de travail suivant :

Cadre générale de la problématique qui contient des hypothèses

Partie théorique : divisé en trois chapitres :

Chapitre I : dysfonctionnement familiale. Il comprend l'histoire de la famille et ca définitions, les fonctions de la famille et ces types, Evolution et caractéristique de la famille algérienne, le dysfonctionnement, les critères de distinction entre normalité et anormalité dans les comportements familiaux, et le

rôle de la famille et les causes de dysfonctionnement, et une petite conclusion pour le chapitre.

Chapitre II : la dépression. Il est réservé à la présentation des termes liée à la dépression, il contient émergence de concept, définition, les symptômes, les facteurs et ces types et le traitement thérapeutique, puis une conclusion pour le chapitre.

Chapitre III : l'insuffisance rénale chronique : aspect médicale, comprend tous les concepts ayant un rapport avec cette maladie, il se compose de : Définition de rein situation des reins et leurs rôle ,l'insuffisance rénale , ses types et ces causes les symptômes et le traitement et conclusion du chapitre.

Partie pratique : comprend deux chapitres :

Chapitre IV : la partie méthodologique. Dans lequel on a présenté notre pré-enquête, la méthode utilisée dans la recherche, les critères de notre groupe d'étude et ces caractéristiques, les outils de la recherche, déroulement de la recherche, le lieu de recherche.

Chapitre V : comprend ; La présentation et l'analyse de l'entretien et le teste de la famille (FAT) ainsi que l'échelle de Beck (BDI-II) effectués sur notre groupe d'étude, cas par cas, ce qui on a permis de vérifier nos hypothèses.

Puis c'est la conclusion générale, la liste bibliographique et les annexes.

Problématique et hypothèses

1- Problématique

La santé, est l'état de bon fonctionnement de l'organisme l'OMS juge utile de préciser que « la santé est pleine jouissance du bien- être social, mental et physique, et pas seulement l'absence de maladies et d'affections. »

(Sillamy. N, 2004, p.238).

La maladie est une altération de la santé d'un être vivant toute maladie se définis par une cause, des symptômes, des signes cliniques et paracliniques, une évaluation, un pronostic et un traitement. **(Larousse médicale, 2003, p.559).**

Parmi les maladies qui peuvent toucher l'être humain on trouve l'insuffisance rénale chronique qui est caractérisé par une « diminution de la filtration glomérulaire en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons fonctionnels. »**(Boubchir. M. A, 2004, p.22).**

On définit L'insuffisance rénale par le résultat d'affections du rein, qui est caractérisées par une diminution du nombre des néphrons unités fonctionnelles rénales au sein desquelles s'effectue la filtration du sang et l'élaboration de l'urine.

On autre cette maladie ou le stade terminal nécessite des sciences d'hémodialyse.

Donc 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 contre courant **(Simon. P, 2007, P57).**

Cette maladie peut être le révélateur ou la cause de la souffrance psychique stress, anxiété, trouble de sommeil, dépression. Et des difficultés sociales chez les patients et leur entourage.

La dépression est un état morbide plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. **(Sillamy. N, 2004, p.75)**

De plus, la dépression état pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse associe à une réduction de l'activité psychomotrice **(larousse médicale, 2003, p.245).**

Le syndrome dépressif comprend un ensemble des symptômes dont deux sont essentiels car ils suffisent à poser le diagnostique : l'humeur dépressive et la perte de l'élan vitale. Les autres symptômes seront aussi d'une grande importance, notamment les signes somatiques, presque constamment présents dans les états dépressifs. **(Besancon. G, 2005, P.48).**

Le nombre de symptômes de la dépression est donc élevé. La dépression peut avoir une base purement physique avec des phénomènes psychologiques (diabète, hypertension,) de même, la dépression peut avoir une base psychologique et familiale. À la suite de tracas prolongés, de doutes, d'anxiétés, et de craintes, qui entraînent, par épuisement, un fléchissement de tension. **(Fontaine. M 1968, P.26).**

Un sujet atteint d'insuffisance rénale chronique (IRC), a particulièrement besoin de compréhension et de soutien de la part de sa famille pour l'aider à franchir les moments difficiles.

Le bon fonctionnement familial consistent, à protéger les membres de la famille, à les nourrir, à satisfaire leurs besoins affectifs, à leurs faire profiter de solidarité économique du système familiale, à leurs faciliter le repos et la possibilité d'une régression naturelle, etc. les fonctions centrifuges consistent à préparer les enfants et les adolescents à leurs émancipation future, en facilitant le développement de leurs compétences propres, en favorisant leur socialisation progressive, en fortifiant leur tolérance aux séparations, tout en permettant aux

parents de renforcer leurs propre autonomie affective, économique et sociale, tant sur le plan conjugal que sur le plan individuel.(**Salem. G, 2005, P.63**).

Le dysfonctionnement familial lié à la façon dont les divers types de frontières est distribué, respectées ou ignorées, rigidifiées ou violées, au sein du système familial, ou entre le système familial et l'environnement social (**G. Salem. G, 2005, p.76**).

A la lumière des informations précédentes dans notre recherche sur « le dysfonctionnement familial et la dépression chez les personnes qui souffre d'insuffisance rénale chronique. », on a tentée de poser les questions suivantes.

- Est ce que les malades d'insuffisances rénale chronique perçoivent que leurs système familial est dysfonctionnel ?
- Est-ce que les malades d'insuffisance rénale chronique souffrent de symptômes dépressifs ?

2-Hypothèses :

On répond à ses questions :

- Les malades, d'insuffisance rénale chronique (IRC) perçoivent que leurs système familial est dysfonctionnel.
- Les malades d'insuffisance rénale chronique (IRC) souffrent de symptômes dépressifs.

1. L'objectif de la recherche :

Notre recherche à pour but d'étudier le dysfonctionnement familiale est la dépression chez les personnes atteintes de la maladie d'insuffisance rénale chronique et connaitre l'impacte du dysfonctionnement familiale sur la souffrance psychique plus précisément sur la dépression liée à cette maladie.

2. Choix du thème :

Notre thème est porté sur le dysfonctionnement familial et la dépression chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, ce choix découle de fait qu'il demeure un problème de santé publique qui touche l'humain à toute les âges et qui a un impact important sur la souffrance psychique de ces personnes voir par ces séances longues et répétitives mais aussi par la difficulté de garder un bon fonctionnement psychique.

La rareté des études sur ce thème sont les motifs du choix de ce dernier. Ce qui va nous donner des motivations à la recherche en tant que des futures psychologues cliniciens. En outre la disponibilité de la population d'études pour appliquer nos méthodes sur le terrain, ainsi que la disponibilité de la documentation.

L'Opérationnalisations du concept :

Dysfonctionnement familial : le malade d'insuffisance rénale chronique perçoit sur les planche de test du FAT que son système familial est caractériser par : (des conflits, résolutions négatives, système fermé)

Dépression : c'est la note obtenue par le malade d'insuffisance rénale chronique sur l'échelle de BDI-II qui explique son état dépressif.

Partie théorique

Chapitre I : la famille, ses caractéristiques, et son dysfonctionnement

Préambule :

La famille joue un rôle central dans la vie de chacun et forme en grande partie de l'environnement des individus. C'est au sein de la famille que les personnes évoluent élaborent leurs perception de soi leurs valeurs leurs croyances et accomplissent les taches inhérentes aux diverses étapes de la vie.

La famille est aussi la première source de l'information et de socialisation en ce qui concerne la santé et la maladie. la famille enseigne également à ses membres des stratégies qui les aident à trouver l'équilibre entre proximité et distance, entre partage (camaraderie) et individualité. L'un des principaux rôles de la famille est de fournir à ses membres les ressource physiques et émotives et le soutien nécessaire a la préservation de leurs santé dans les périodes de crise, notamment en cas de maladie il a été démontré que grâce a l'éducation, la famille est plus résiliente, s'adaptent aux facteurs s et composent avec eux.

1 La famille

1-1 Histoire de la famille

Les historiens ont longtemps pensé que l'histoire de la famille pouvait se résumer à un schéma simple et linéaire on serait passé d'une forme de « famille étendu » ou de parentèle élargie .caractéristique des sociétés rurales traditionnelle à la famille nucléaire- composée des deux parents et des enfants qui deviendrait dominante dans les sociétés modernes.

Frédéric le play (1806-1882) a été l'un des premiers à établir une typologie dans laquelle il distinguait trois grands modèles familiaux :

La famille patriarcale, famille élargie, où tous les fils maries vivaient au foyer ; la famille instable où les enfants partaient dès qu'ils pouvaient se suffire à eux-même (équivalent de la famille nucléaire) ; et la famille souche dans laquelle un

seul des enfants mariés habitait avec ses parents et assurait la pérennité du patrimoine familial.

Le projet de F. le play était également politique. Partant de cette classification, il voulait proposer une réforme du mode d'héritage. Pour lui la famille patriarcale, soumise à la loi du père, était étouffante, et la famille instable générerait un individualisme destructeur. Seul le modèle de la famille souche permettrait de revenir à des structures stables pour lutter contre la désorganisation qui affectait la société.

Tout un discours s'est construit sur cette opposition schématique entre un groupe familial élargi porteur de « bonnes » valeurs (présence éducative des grands-parents, solidarités familiales) et la famille nucléaire moderne n'assurant plus la transmission familiale, engendrant ainsi la délinquance juvénile, l'individualisme égoïste, et donc la décadence. (**Dortier, j .F 2004, p232.**)

La famille

1-2 Définitions

➤ Définition étymologique :

Le mot famille dérive du latin classique « familia » dérivé de « famulus » : la familia romaine est étymologiquement l'ensemble des famuli, esclaves attachés à la maison du maître, puis tous ceux qui vivent sous le même toit, maîtres et serviteurs, et sur qui règne l'autorité du pater familia, le chef de famille. (**Alberhne . K et Alberhne T, 2004, P. 104**)

➤ Selon le point de vue Psychologique

Famille, institution sociale fondée sur la sexualité et les tendances maternelles et paternelles, dont la forme varie selon les cultures (monogamique, polygamique, polyandrique, etc.).

Dans la société occidentale, la forme traditionnelle de la famille est le couple de parents et les enfants. Toutefois, depuis la fin des années 1960, les familles monoparentales sont de plus en plus nombreuses. (**Dictionnaire de psychologie, 2004, p, 110**).

➤ **Définition biologique**

C'est « les liens du sang » peuvent définir une famille, dans sa fonction verticale, c'est-à-dire de parentalité-filiation (le fondement biologique de la parenté étant la consanguinité). Mais que dire du cas des enfants adoptés ? Dans un autre domaine celui de l'éthique, quelle filiation attribuer aux enfants issue de « mère porteuses » que penser enfin de l'accouchement sous X. (**Alberhne. Ket Alberhne. T, 2004, p, 104**)

➤ **Définition Selon le point de vu psychanalytique**

➤ l'une des définitions de la famille est celle qui s'inspirant du mouvement psychanalytique d'origine kleinienne, à distinguer la famille externe (actuelle) et la famille interne (passé ou d'origine). (**Alberhne .K et Alberhne T, 2004, P, 104**)

➤ **Selon Robert Neuburger (1995)**

La famille est une unité fonctionnel donnant confort et hygiène ; un lieu de communication, matric relationnel pour l'individu ; un lieu de stabilité, de pérennité, malgré ou grâce au changement que le groupe peut opérer ; un lieu de constitution de l'identité individuelle et de transmission transgénérationnelle : la filiation. . (**Alberhne .K et Alberhne T, 2004, P, 104**)

➤ **Selon le point de vu sociologique**

Pour Roger Mucchielli 1980 envisage la famille comme étant un « groupe primaire naturel » :l'expression « groupe primaire » proposée par le

psychosociologue américain COOLEY , désigne les petits groupes sociaux à interrelations directes et de face à face , par opposition aux « groupe secondaire » ou l'interconnaissance n'est que potentielle et où les relations sont de type indirect ou contractuel , du fait d'une part de la grande taille du groupe et d'autre part de son organisation interne purement sociale.(**K et T ALBERNHE,2004, P,104**)

➤ **Selon le dictionnaire LE Nouveau Petit Robert**

« Famille : personnes apparentées vivant sous le même toit, et spécialement, le père, la mère et les enfants » (**Robert, Rey-Debove, & Rey, 2004, p. 759**)

➤ **Selon Mostefa Boutefnouchet**

La famille se constitue de deux familles « famille simple » et « famille composée ».

La famille simple correspond à la famille réduite, conjugale, rassemblant le père, la mère, et les enfants non mariés.

La famille composée est la famille étendue rassemblant autour du père et de la mère, les ascendants, les descendants, y compris les couples et leurs enfants, les collatéraux, de la même manière éventuellement d'autres parents consanguins ou non. (**Boutefnouchet. M, 1982, P.148**)

1-3 Les fonctions de la famille

Les fonctions de la famille sont multiples et interviennent au cœur de l'organisation sociale. En les analysant il apparaît clairement qu'elles sont traversées par des éléments culturels et idéologiques et sont en interaction avec d'autres institutions.

Intéressons nous justement de façon plus précise sur les fonctions attribuées à la famille vis-a- vis de l'éducation des enfants. B.RIVES à réalisé une typologie. Pour lui sept grandes fonctions émergent :

1-3-1 Fonctions essentielles : elles correspondent à une réponse aux besoins primaires de l'enfant (nourriture, sommeil, soins)

1-3-2 Fonctions affective et relationnelle : importance du lien mère/enfant ; repérage dans une relation de triangulée.

1-3-3 Fonction éducative : c'est la fonction pédagogique de la famille qui se situe à l'origine des premiers apprentissages, de l'éveil à la vie.

1-3-4 Fonction de structuration : ce sont les repères, le cadre, les interdits qui invitent à la vie sociale.

1-3-5 Fonction temporalisant : avec le développement de l'intégration de la notion de temps chez l'enfant.

1-3-6 Fonction de solidarité : notion d'interdépendance entre les membres d'une même famille.

1-3-7 Fonction de socialisation : c'est ce qui permet l'adaptation à la vie en société par l'intégration des règles, des valeurs, des normes. (**Revue d'action sociale et juridique n° 245 mai 2005**)

C.MARTIN tente d'en faire un bref inventaire et dégage les plus apparentes et les plus communément admises :

1-3-8 Fonction économique : transmission des richesses, production et surtout aujourd'hui consommation.

1-3-9 Fonction sociale : socialisation des enfants, solidarité mutuelle.

Il admet qu'il en existe bien d'autres car la famille permet par exemple : l'accès à une sexualité légitime et reconnue ; la reproduction biologique et le renouvellement des générations ; l'identification sociale des individus ; le soutien face aux risques de l'existence, la formation morale, éthique, politique et religieuse. (M.FIZE, 2000, P 139)

1-4 Les types de famille

1-4-1 Les familles nucléaire : ou étroites sont constituée par l'assemblage : père +mère +enfant non mariés.

1-4-2 Les familles multi générationnelles : parents, enfants, petits-enfants .selon que leur mode fonctionnement centralise le pouvoir autour du père ou de la mère, on parlera de famille patriarcale, ou de famille matriarcale.

1-4-3 Les familles communautaires : sont en revanche élargies à l'horizontale : les enfants mariés ou non agglutinés en cellules conjugales pouvant cohabiter. ((Alberhne .K et Alberhne T, 2004 P, 104-105)

1-5 Evolution et caractéristiques de la famille algérienne :

La famille algérienne a connue deux grands périodes aux cours de son évolution. On retrouve la famille traditionnelle multi générationnelle, qui dominé avant l'indépendance, il n'était question que de grande famille vivant ce qu'on appelait « ayla »

Comme il a déjà été cité par Boutfnouchet : « là ou il ya la grand famille, il ya grande maison, la réciproque n'étant pas toujours vraie, la grande famille transplantée d'une région rurale vers un centre ou village semi-urbain, ou vers la

ville même, connaît bien des avatars en matière de logement. » (**Boutfnouchet .M1982, p.192**).

Et durant la deuxième période qui se situe après l'indépendance, nous allons constater un changement et une évolution notables aux sein des familles Algériennes. De famille élargie regroupant le père patriarcale, elle devenue une famille nucléaire regroupant les parent et les enfants.

La famille algérienne est une grande famille, ou famille étendue, où plusieurs familles conjugales vivent ensemble sous le même toit, la « grande maison », chez les sédentaires, et la « grande tente », chez les nomades, et où on compte 20 à 60 personnes et même plus vivant en commun.

La famille algérienne est une famille du type patriarcal, dans la quelle le père ou l'aïeul est le chef spirituel du groupe familial et dans la quelle il organise la gestion du patrimoine commun, il a un statut particulier qui lui permet de maintenir, souvent par une discipline stricte, la cohésion du groupe domestique.

La famille algérienne est une famille agnatique, la descendance y est masculine, la généalogie de son père ; l'héritage se transmet en ligne paternelle, du père au fils aîné en principe, afin de sauvegarder l'indivision du patrimoine.

La famille algérienne est une famille indivise, à savoir que le père à sa « charge » ses fils (les filles quittent le domicile au mariage), les enfants issus de ses fils, et les enfants issus des de ses fils : les descendants mâles ne quittent pas la grande maison, et forment autant de cellules qu'il y a de couples conjugaux avec leur progéniture. (**Boutefnouchet.M, 1982, p38**).

2- Le dysfonctionnement familial

Qu'une famille souffre par ce que l'un de ses membres est malade ou qu'un individu s'effondre parce que son entourage manque de compréhension à son égard, ce sont là de Situations que tout le monde connaît et peut admettre.

Mais quant on avance l'hypothèse qu'un groupe familial pourrait être perturbé dans son ensemble, et que la maladie de l'un de ses membres ne serait ni la cause ni la conséquence de cette perturbation mais qu'elle en témoignerait, il en va autrement.

Une famille contient un membre dont le comportement lui échappe. Elle souffre de ne pas le comprendre et/ou de ne pas être comprise par lui, qui participe aussi à la souffrance de tous, les relations familiales sont perturbées sans que personne sache ce qu'on peut y faire, et sans qu'une cause évidente justifie ce comportement. Elle se trouve déjà confrontée à l'incompréhensible et, partant à la folie, dès lors que la folie est là quant on ne comprend ni le pourquoi ni le comment d'un comportement, chez soi-même ou chez autrui

2-1 Quelques critères de distinction entre normalité et anormalité dans les comportements familiaux :

Un premier critère concerne la symptomatologie, ce qui implique une définition négative de la normalité familiale (absence de symptômes pathologique chez tous les membres).

Une autre est fondé sur l'utopie, qui implique de considérer la normalité comme un fonctionnement « idéal » de la famille .on s'attache alors à reconnaître et à définir les caractéristiques positives et idéales de la famille, en parlant de fonctionnement familial optimal.

Un troisième critère est propre à la perspective habituelle des sciences sociologique est comportementales : la moyenne statistique, fondée sur le profil d'une distribution selon les courbes de gauss .un tel critère n'implique pas forcément que la famille soit asymptotique, et l'on parle alors de fonctionnement moyen de la famille.

Un quatrième critère enfin considère la normalité comme un processus s'inscrivant dans un contexte transactionnel et évolutif.

La famille normale est alors conceptualisée selon une optique circulaire, soit à partir de processus universel, spécifiques de tous les systèmes vivants. En même temps, la dimension évolutive est prise en compte, soit la croissance de la famille comme système relationnel échangeant des informations avec ses membres et avec l'environnement social. On parle alors de processus transactionnel de la famille. **(Salem. G, 2005, P 74)**

2-3 Le rôle de la famille

Le concept de rôle désigne l'ensemble des comportements et des fonctions qu'un membre de la famille assume vis-à-vis des autres membres. Les rôles familiaux peuvent être clairs, c'est-à-dire clairement perçus et reconnaissables par les membres de la famille et par des observateurs extérieurs, ou bien ils peuvent être flous c'est-à-dire non reconnus, cachés ou déniés par les autres membres.

Les rôles flous deviennent souvent pathologiques lorsqu'ils sont maintenus de façon rigide et répétée.

Quelques types de rôle dysfonctionnels :

Le rôle de meneur « leader » familial peut être attribué de façon tout à fait inadéquate. Cette compétence décisionnelle (ou « leadership ») touche à l'exercice du pouvoir dans les diverses décisions et responsabilités que la famille doit assumer. Normalement, une telle compétence appartient aux parents, qui forment une alliance égalitaire clairement reconnue par eux et par les enfants. **(Gérard .S, 2005, P81).**

Le rôle devient dysfonctionnel et pathogène lorsque le processus est caché, et non reconnu, et que la tâche à assumer est inadéquate. La parentification est le processus par lequel un rôle de responsable est attribué à un enfant, de sorte qu'il

soit amené à fonctionner comme le « parent de ses propre parents », ou comme le « parent » d'un frère, d'une sœur. Un tel processus n'est pas forcément dysfonctionnel ou pathologique. La parentification est naturelle quand elle mobilise des compétences réelles chez l'enfant, et lorsqu'elle est claire et reconnue. Dans ces conditions, elle représente même un moyen utile et structurant de s'initier aux responsabilités familiales. Les parents peuvent encourager leurs enfants à assumer ouvertement des rôles de responsables à certains stades du cycle évolutif de la famille ou dans certaines circonstances qui s'y prêtent bien (responsabilité partiellement partagée vis-à-vis d'enfants plus jeunes, ou vis-à-vis d'un membre de la famille trop âgé ou handicapé, etc.). (Salem .G, 2005, p82).

2-3 Les causes du dysfonctionnement familial :

La société algérienne, connaît une grande affluence de modèles de vie étrangers par le biais des mass media, des voyages etc. ceux-ci font miroiter à la femme de nouvelles manières de vivre et de se comporter.

Dans quelque mesure la demande de divorce serait la conséquence des difficultés de résoudre des conflits conjugaux déterminés par les ouvertures que laissent envisager les nouveaux moyens d'action, d'une part, et la pesanteur sociologique telle qu'elle transparait dans le maintien de l'ancienne répartition des statuts et rôles familiaux, d'autre part.

La en va parler de quelques causes d'un dysfonctionnement familial ;

2-3-1 Le divorce :

Le divorce peut être appréhendé comme la conséquence de conflits entre des rôles et statuts anciens et nouveaux et les mésententes conjugales qui aboutissant à la demande de divorce.

Le divorce : comme le mariage, le divorce a changé. Récemment encore signe d'une instabilité familiale, d'une crise de l'individu et de la société, sanction

d'une faute contre l'autre partenaire, le couple, les enfants, la famille et la société, il est devenu courant et banalisé. (Segalen.M, 2000, P136)

On pourrait dire que La violence conjugale fait partie de la réalité de nombreuses familles. Dans la majorité des situations, les femmes sont victimes de cette violence.

2-3-2 Les facteurs de divorce :

Avant d'aborder ses facteurs il faut savoir que la problématique conjugale n'est jamais totalement pareille d'un couple à l'autre. On autre, du point de vue du fonctionnement psychologique et relationnel, un couple n'est à nul autre pareil.

On peut trouver plusieurs facteurs tel que : facteurs liés à la persistance des traditions, facteurs relatifs au changement social, facteurs personnels, etc.

Parmi ses facteurs on peut citer ; **la stérilité de l'épouse** ; constitue-t-elle un motif de divorce. Car la stérilité est vécue comme une tare, une malédiction pesant lourdement sur celle qui la porte. Cette demande de divorce pour cause de stérilité de l'épouse met en évidence l'importance du rôle biologique de la femme.

On trouve aussi **la maternité insuffisante** ; il ne suffit pas à la femme pour être acceptée comme épouse, d'être fécondité, il lui faut encore être mère d'enfants nombreux et sans malformation physique. Aussi lors qu'elle met au monde des enfants non viable ou malformés, elle suscite l'insatisfaction de son mari. **mésentente entre belle-mère et belle-fille** ; le pouvoir de la belle-mère, paraît d'une importance telle que des mécontentes domestique entre elle et sa bru (la belle fille).on note également que la mère à un tel pouvoir son fils marié qu'elle peut lui faire admettre l'illégitimité de son mariage même si elle-même décidé de cette union. **La polygamie** ; dans la société algérienne traditionnelle, la multiplicité des épouses se justifiait en principe par la nécessité d'accroître la reproduction familiale. La demande de divorce pour polygamie fait

essentiellement ressortir des moyens financiers peu favorables du mari. **Ecart d'âge**, une très grande différence d'âge entre conjoints peut également être génératrice de mésententes conjugales. Car il faut tenir compte du fait que la structure mentale n'est pas la même d'une classe d'âge à une autre.

Et on peut noter aussi le **Choix conjugal par les parents** ; un mariage peut parfois faire l'objet d'un mauvais pronostic dès le départ si dans le choix du conjoint le facteur affectif n'a pas été pris en considération. Il est à noter que les besoins affectifs sont de nature complexe et ne concernent pas uniquement le modèle idéal inconscient mais implique la personnalité entière dans sa constitution subjective. **(Abassi. Z, 2004, P.21-88)**

2-3-3 La violence conjugale

La violence à l'intérieur de la famille est un thème de réflexion très à la mode. Il occupe quotidiennement la presse et les congrès scientifique. Ainsi que nous, thérapeutes, qui sommes à la recherche d'un nouveau regard sur un phénomène vieux comme le monde.

Définition de la violence

Le mot latin « vis », d'où est issue le mot « violence », signifie « une force en action », mais aussi « la composante essentielle d'un être », le terme latin est lui-même dérivé de la racine grecque « bi », qui a donné « bia » la violence, et « bios » la vie. **(Robert historique, 1992, P.8)**

Selon Elvira Pancheri comme : une énergie désordonnée, qui se promène dans les systèmes (famille, école, quartier, société), une énergie non contrôlée, qui pousse au passage à l'acte, provoquant ainsi les systèmes en crise à se redéfinir et à trouver un équilibre nouveau et viable. **(Pancheri. E, 2000, P 276)**

Il nous paraît nécessaire de clarifier notre choix d'utiliser le terme de « violence conjugale » plutôt que de « violence domestique ». Ce second terme désigne aujourd'hui la violence qui peut exister entre un homme et une femme, dans la différence des genres. De par son étymologie, il pourrait faire référence à toute situation de violences intrafamiliales. Le terme de violence conjugale nous

semble plus cibler la relation de couple alors que ce lui de violence domestique fait référence au foyer. **(Christen.M, Heim.CH, et coll., 2005, P61)**

La violence conjugale ou violence intime entre conjoints est au sens premier limitée à la sphère conjugale. Elle concerne un couple : deux conjoints (un agresseur, et une victime) et leur relation. Au niveau relationnel deux niveau doivent être distingué : ce lui de la responsabilité et celui de l'interrelation. L'auteur et la victime ne sont pas sur un pied d'égalité : l'agresseur est pleinement responsable des actes qu'il commet, actes qui doivent être sanctionnés et la victime n'est pas responsable des coups qu'elle reçoit. Il y a donc une hiérarchisation des responsabilités. **(De neuter.P, Frogneux.N, 2009, P.117)**

Les violences conjugales ; cette classe de violence est défini par la seul complémentarité dans les échanges interactifs : c'est-à-dire que l'un se pose comme dominant par rapport à l'autre, à qui il assigne la place de dominé et /ou d'objet. C'est pourquoi, dans cette classe, on peut parler d'agresseur (position haute) et de victime (position basse), position complémentaires l'une de l'autre avec perte de l'altérité. **(Christen.M, Heim.CH, et coll., 2005, P36)**

La violence arrive souvent dans des moments de stress comme par exemple lors d'une perte d'emploi, lors de la naissance d'un enfant, le décès d'un proche... généralement, elle existait déjà, mais sous d'autre formes (contrôle, disqualification...). Les épisodes de violence, espacés au début, vont se multiplier et se rapprocher. La violence s'amplifie et peut aller jusqu'à mettre la vie de la victime en danger.

Dans le couple conjugal, les comportements de violence s'installent progressivement, en commençant la plupart du temps à l'occasion de crise, c'est-à-dire d'un changement d'état général du chaos (insécurité, angoisse). **(Christen.M, Heim.CH, et coll., 2005, P74)**

2-3-4 Les facteurs de la violence conjugale :

Généralement ce sont des personnes qui vécu des événements douloureux dans leur vie d'enfant, comme le suicide d'un parent, la séparation des parents, le décès d'un proche. Dans la plupart des cas, l'enfant s'est senti tout seul, n'a pas pu en parler. Il a pu imaginer que si ses parents se séparent, c'est à cause de lui. Les enfants ont tendance à en porter à en porter toute la responsabilité. Il y a aussi des enfants qui ont été victimes eux aussi de violences et qui très tôt ont dû se couper de leurs propres sensations physique et de leurs sentiments pour ne pas sentir trop la souffrance, ce qui va être plus tard un handicap dans leurs relations à l'autre. Il y a des enfants qui n'ont pas subi de violence mais qui en ont été témoins et ont eu fort peur pour leur mère. Ce sont des enfants culpabilisés, mal dans leur peau. **(De neuter. P, Frogneux.N, 2009, P.97)**

Pour qu'un acte violent soit reconnu comme tel, il faut qu'il produise des effets que la justice puisse classer dans leur registre des preuves (Code pénal). Jusqu'ici la société n'as pu prendre en compte, dans le registre des violences conjugales, que les violences physiques qui laissent des traces médicalement constatable. **(Christen.M, Heim.CH, et coll., 2005, P61)**

2-3-5 Les conséquences de la violence conjugale

La violence conjugale comme toutes les formes de violence et en augmentation et de plus en plus d'enfants sont exposés aux conflits conjugaux ou parentaux. Les enfants sont soit spectateurs directs ou indirects de ces violences soit les victimes elles-mêmes.

L'impact de la violence conjugale sur les enfants est un phénomène complexe qui peut être déterminé par des f acteurs multiples : les caractéristiques personnelles de l'enfant, de la famille, comme de l'environnement. Cette expérience est différente de tous les autres événements traumatiques occasionnels et elle requiert un modèle complexe, multi varié qui examine le lien entre le traumatisme et le

développement. Les symptômes sont soit plus intériorisés (retrait social, dépression, anxiété, tentative de suicide ou suicide ...), soit extériorisé et bruyants (hyperactivité, délinquance, fugue, décrochage scolaire...).

La violence conjugale me semble devoir être nommé ainsi que ses conséquences sur la santé mentale non seulement des conjoints mais aussi des enfants qui assistent à de telles scènes. **(De neuter.P, Frogneux.N, 2009, P.115-124)**

2-3-6 Le système fermé

A l'inverse d'un système ouvert, un système fermé n'échange ni matière, ni énergie, ni information avec son environnement. Donc, non seulement il ne se laisse pas modifier par cet environnement, mais il ne le modifie pas en retour. L'évolution d'une famille passe par des phases d'équilibre alternant avec des phases de déséquilibre. La capacité à changer ou à évoluer de la famille dépend beaucoup d'un paramètre essentiel son degré d'ouverture aux informations internes ou externes. Ce paramètre permet de distinguer divers types de familles, les unes trop « fermées », les autres trop « ouvertes ». **(Salem. G, 2005, P 34-60).**

Dans la famille traditionnelle il y a beaucoup de réserves entre la femme et le mari, entre le frère et la sœur entre les garçons et les filles, entre les hommes et les femmes de manière générale.

Les repas étaient pris séparément, les hommes de leur côté en premier lieu, les femmes de leur côté, et les enfants de leur propre côté en seconde lieu.

En trouvant aussi certaines réserves dans le comportement entre le garçon et la fille, dès l'âge de la puberté, le frère en s'adressant à la sœur n'évoque avec elle que des sujets formels et d'ordre économique ou technique, la psychologie et l'intimité entre eux sont complètement écartées et s'ils ne vont pas jusqu'à éviter délibérément d'être en face à face, ils ne cherchent pas non plus ces occasions et

se contentent d'être le plus rationnel possible lorsque ces faces ont lieu. (Boutefnouchet. M, 1982, P. 235-236)

2-3-7 Trouble de communication et distance affective

Les troubles de la communication sont non seulement un indice essentiel, mais le support principal des interactions dysfonctionnelles dans la famille. Les communications véhiculent les règles qui prescrivent et limitent les comportements individuels au sein du système familial.

Elles dénotent également comment les sentiments et les affects doivent être exprimé, reçus entre les membres. (Gérard. S, 2005, P 66-84).

Pour faire référence aux notions de distances affectives extrêmes, rappelons que, quelle que soit la relation étudiée dans le système, la distance relationnelle y semble toujours disproportionnée (entre les parents eux-mêmes, de parents à enfant, entre les membres de la fratrie, etc.) : il y a excès de rapprochement ou excès de distance, fusion ou rejet, comme un « pendule affectif » qui ne fonctionnerait que dans les extrêmes. (Albernhe. K & Albernhe. T, 2004, P 240).

Conclusion du chapitre

L'agressivité et les violences au sein du couple sont très répandues. Elles semblent même habiter les couples comme leurs ombres, malgré les tentatives renouvelées de les traquer et de les déraciner. Tout cela sans compter les agressivités et les violences verbales, psychologique et subtiles que subissent les hommes comme les femmes.

Le dysfonctionnement familial, la violence et le divorce...etc. Sont des facteurs révélateurs d'une souffrance psychologique, et, d'une mutation profonde de la société et de la famille.

Chapitre I la famille, ses caractéristiques et son dysfonctionnement

Dans l'évolution d'enfants jusqu'à la fin de leurs adolescences, les familles jouent le rôle de l'encadrement éducatif matériel et moral. Mais si ces familles faillent à leurs devoirs envers leurs enfants, et que ceux là ont des comportements et d'autres conséquences négatives, c'est qu'il y a beaucoup de facteurs qui sont en cause.

Chapitre II : la dépression ses types et ses caractéristiques

Préambule :

La dépression est le plus connu des troubles mentaux. Nous avons tous autour de nous quelqu'un qui a été atteint ou qui en souffre régulièrement, la dépression revenant à intervalles presque réguliers avec son épouvantable cortège d'amertume. Nous avons tous entendu dire qu'il fallait distinguer la vraie dépression de la simple tristesse passagère, qu'il fallait à la fois soigner sans hésiter la première et éviter de prendre des médicaments à tout va dans le second cas.

Nous savons aussi que nous sommes tous menacés dans notre vie individuelle. Une séparation, un décès, des difficultés au travail, une perte d'emploi, une maladie organique grave_ comme le cancer_ et la dépression guette. Elle peut s'ajouter au cortège des tristesses auxquelles il va falloir faire face, une sorte de maladie nécessitant un traitement médicamenteux et parfois même une hospitalisation. La dépression est une maladie grave, qui porte en elle la possibilité du suicide.

1 –Emergence du concept :

L'histoire des dépressions et des troubles thymiques se fait principalement autour de trois termes : la « mélancolie », la « dépression », la « manie », terme ayant connu un sort plus chaotique. **(Pedinilli .JL, 2005, p.9).**

Au cinquième siècle, Saint Jean Chrysostome parle de la « tristitia » comme effet du dérèglement et de la mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement, et à la même époque Evagre le pontique évoque l'acedia (désintérêt) qui désigne le dégoût et l'anxiété du cœur. Rien n'a changé jusqu'au 17^{ème} siècle. La dépression perd dans la mélancolie, l'hypocondrie, les « vapeurs » (troubles nerveux) mais en 1678 à Bale, Johannes Hofer publie sa dissertation de nostalgie pour décrire un état d'anxiété, d'insomnie, d'anorexie, de désespoir de rêveries douloureuses du pays : la « nostalgie » c'est le « mal du pays » forme atténuée de souffrance

dépressive. En 1733 Georges Cheyney invente le « spleen » (rate atrabilaires et amoureuse de l'humeur). **(Pedinilli .JL, 2005, p.9).**

Au 19^e siècle Esquirol (1818) reprend dans son texte sur le suicide « le spleen » et « la nostalgie » sans les considérer comme causes suffisantes, J, P, Falret 1822) développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse » différente de la mélancolie, en 1869, l'apparition de la « neurochimie » établit l'existence de formes dépressives distinctes de la mélancolie. **(Pedinilli .JL, 2005, p.9).**

L'emploi du terme « dépression » en psychopathologie ne date que de la seconde moitié du XIX^e siècle ; il faudra attendre le XX^e siècle pour qu'on le préfère au terme de « neurasthénie », correspondant à l'entité décrite par Beard aux –unis en 1869, et présentée comme « névrose de la vie moderne » en rapport avec le climat et le genre de vie. **(Pewzner.E, 2003, P 88)**

En France Charcot utilisera largement ce concept et contribuera lui donner une assise scientifique Kraepelin, dans son classement de 1899 évoque, les formes de dépression citées précédemment et distinctes de la mélancolie. La notion de « dépression » (non mélancolique) voit officiellement le jour. **(Pewzner. E, 2003, P 88)**

Les successeurs de Kremlin définiront diverses formes : dans les années 20 on note l'apparition de formes dépressives distinctes de la mélancolie.

Le DSM -IV décrira, parmi les « troubles de l'humeur » : « l'épisode dépressifs majeurs » qui pourra se combiner avec les différentes autres catégories de troubles de l'humeur.

Le DSM-IV en proposant une large classification qui inclut la dépression dans les troubles de l'humeur. **(Pedinelli, 2005, P. 13-15)**

2-Définitions de la dépression

Selon le Dictionnaire Médical, Larousse la dépression s'annonce par une modification par une modification globale, mais le pus souvent insidieuse, du comportement. Aussi début, le déprimé devient anxieux, réagit de manière inhabituelle à des contrariétés banale, il est sujet à de brefs accès de colère, de joie ou de pleurs.il a des difficultés

Pour trouver le sommeil puis se réveille en plein nuit habituellement entre minuit et deux heures du matin, chez certaines, le sommeil est « haché » de rêves angoissants. Souvent, c'est seulement après plusieurs mois d'évolution, alors que le malade est en véritable situation de détresse morale, que l'entourage prend conscience de la gravité de son état. (**Dictionnaire Médical, Larousse, 2003, p.284**)

Selon Besançon .G ; il s'agit aussi d'une « disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une totalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ». (**Besançon .G, 2005, P.48**).

Selon le Dictionnaire de Psychologie la dépression, état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie.Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend-il plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie. (**Dictionnaire de Psychologie, 2004, P. 79**).

Selon le Grand Dictionnaire de la Psychologie la dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du

ralentissement psychomoteur. (**Grand Dictionnaire de la Psychologie, 2011, P.256**)

Parmi les nombreuses définitions de la dépression on définit la dépression comme un changement profond (une véritable rupture) par rapport au fonctionnement habituel. C'est un état de profonde détresse qui se maintient pendant plusieurs semaines. La dépression est plus que de la tristesse.

3-Les symptômes de la dépression :

3-1-Les troubles psychiques :

Certains symptômes psychiques sont fréquemment associés au syndrome dépressif ; Un certain degré d'irritabilité, d'impulsivité, susceptible de déterminer des comportements de violence, témoigne souvent de l'existence d'un état dépressif larvé dont la symptomatologie peut secondairement se compléter ;

Une dimension anxieuse est associée à bon nombre d'états dépressifs, cause possible de difficultés diagnostiques. (**Besançon. G, 2005, P49**)

L'humeur dépressive : chez les déprimés, ces modifications de l'humeur peuvent prendre différentes formes sur un axe de sévérité allant du cafard persistant au délire de « petitesse ». On peut constater une évolution dans la représentation scientifique de la dépression : petit à petit la dimension positive de la douleur morale, de la tristesse, a laissé la place à l'asthénie, à l'inhibition, à la monotonie de l'humeur et de l'émotion, voir à l'anesthésie affective, comme si le ralentissement, le « figement » devenaient le critère principal. On peut citer quelques manifestations cliniques qui représentent des modalités de « douleur morale » :

Tristesse pathologique, pouvant aller du simple cafard au désespoir ; Vécu pessimiste accompagné de sentiments d'insatisfaction, d'autodépréciation (« je

rate tout »), de culpabilité pouvant aller jusqu'à des manifestations délirantes (« je suis un misérable, j'ai vendu ma famille et mes enfants »).

Sentiment d'ennui (morosité, perte du sens, de l'intérêt des activités...)
Anesthésie affective ou indifférence affective : perte des émotions et des sentiments dont le sujet se plaint.

Incapacité à trouver du plaisir et anhédonie (perte de plaisir pour tout ou presque toutes les activités) ; Perte des intérêts antérieurs (le sujet ne trouve plus d'intérêt à ses occupations, à ce qu'il investissait avant ; le critère repose sur la différence entre le moment présent et ce qui existe auparavant) ; Vision négative de soi («worthlessness » de AT Beck) : dévalorisation : Vision négative du monde extérieur : sentiment d'être incompris, sans aide, mais aussi attribution aux autres de la responsabilité de son état (parfois sous une forme délirante à thème de persécution : « les autres m'accusent d'avoir fait une faute», « ils me traitent de lâche ») ; Vision négative de future, désespoir, perte d'espoir : sentiment que rien ne peut changer, que l'avenir sera pire, voir idées délirantes d'incurabilité (« on ne peut rien pour moi »). **(PEDINIELLI. J-L et BERNOUSSIA, 2005, P23).**

L'humeur dépressive s'exprime généralement sur le plan comportemental, notamment au niveau de la mimique. Le faciès est triste, figé, quelquefois déformé par la douleur (les sourcils dessinent l'« oméga mélancolique »). L'ensemble de la gestualité corporelle exprime le découragement et l'abattement. Les idéations dépressives ne sont par contre pas toujours exprimées verbalement par le sujet **(Besançon. G, 2005, P49)**

L'anxiété : est très fréquemment présente dans les tableaux dépressifs. Elle apparaît comme un sentiment pénible d'attente d'un danger imminent imprécis. Elle peut se traduire par une agitation motrice (qui dissimule le ralentissement) ou par une inhibition massive et elle peut être accompagnée de signes somatiques

habituels. Ces manifestations anxieuses peuvent entraîner des raptus anxieux (comportement explosif). L'anxiété accroît le risque suicidaire chez le déprimé. **(PEDINIELLI .J-Let BERNOUSSI.A, 2005, P 31).**

Le ralentissement psychique : les opérations de la vie mentale sont freinées. Ce ralentissement psychique est douloureusement ressenti par le patient qui se plaint de ne pas pouvoir penser de façon claire, efficace, d'avoir une pensée limitée, appauvrie, difficile à réaliser ou à exprimer. Ces phénomènes sont considérés comme dépressifs lorsqu'ils ne sont pas provoqués par un trouble somatique ou un autre trouble psychique. il peut s'agir de différents niveaux :

Troubles subjectifs de la concentration et de mémoire ; Perception d'un ralentissement du temps (sentiment que le temps ne passe pas).

Difficultés à passer d'un thème à un autre, voire incapacité complète à penser ; Diminution de la thématique idéique : discours pauvre, aucune idée nouvelle dans l'entretien, rumination mentale ; Intense fatigabilité : cette asthénie peut être associée à une inertie ou à une oubli. **(PEDINIELLI.J-L et A. BERNOUSSI, 2005, P 27).**

Le ralentissement de l'idéation réduit le champ de la conscience et les intérêts. Replie le sujet sur lui-même et le pousse à fuir les autres et les relations avec autrui. Subjectivement, le malade éprouve une lassitude morale, une difficulté de pensée, d'évoquer, une fatigue psychique. **(BERNARD.P, BRISSET.CH, 1989, P 167)**

La douleur morale : s'exprime dans sa forme la plus élémentaire par une autodépréciation qui peut s'acheminer assez rapidement vers une auto-accusation, une autopunition, un sentiment de culpabilité. **(BERNARD.P, BRISSET.CH, 1989, P 168)**

Dévalorisation de soi et culpabilité : la personne qui souffre de dépression ne se sent bonne à rien ; elle se pense sans valeur ; elle s'accuse d'être responsable des événements pénibles qu'elle vit et des émotions désagréables qu'elle ressent. Cette impression lui paraît tellement définitive qu'il lui est difficile de demander de l'aide et de croire qu'un traitement peut changer quelque chose.

3-2- Les troubles comportementaux :

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

Le ralentissement psychomoteur et l'inhibition : Le ralentissement psychomoteur a pris depuis quelques années une importance diagnostique centrale au sien du syndrome dépressif. Sur le plan moteur, le ralentissement touche globalement l'ensemble de la mobilité corporelle et notamment la démarche, la mimique, le débit verbal. **(Besançon. G, 2005, P49)**

Le terme de « ralentissement » est préféré à celui de « perte de l'élan vital », pour caractériser, quelque soit le niveau (psychique, moteur...), l'affaiblissement, la diminution de la vitesse du comportement, de la pensée ou de la communication. Le ralentissement ou l'inhibition sont des comportements et s'observent principalement de l'extérieur.

Le ralentissement psychomoteur porte sur le comportement visible, la marche, les mouvements, ralentissement des mimiques, ralentissement du débit

verbal, ralentissement de la modulation de la voix et le ralentissement des réponses. **(PEDINIELLI. J-L et BERNOUSSI.A, 2005, P 26).**

L'asthénie : l'asthénie dépressive constitue également une gêne importante pour le malade. Contrairement à la simple fatigue, elle se caractérise par une prédominance matinale (difficultés à se lever, à se « mettre en route ») et par le fait qu'elle n'est guère améliorée par le repos. **(Besançon. G, 2005, P49)**

Fatigue : même sans avoir fait d'efforts particuliers, la personne éprouve en permanence une sensation de manque d'énergie. Cette sensation omniprésente vient s'ajouter au découragement et à la douleur physique et morale. Une des caractéristiques de cette fatigue dépressive est que ni le repos ni le sommeil ne l'atténuent. **(Briffault .D, CARIA. A, 2007, P 9)**

Trouble de sommeil : la plupart du temps, on observe des insomnies chez les déprimés (dans plus de 60% des cas). L'insomnie de « fin de nuit » ou (« insomnie du petit matin ») est caractéristique de la dépression, mais d'autres troubles du sommeil peuvent se rencontrer : insomnies d'endormissement, réveils nocturnes fréquents, mais aussi l'inverse, c'est à dire une hypersomnie (assez rarement). **(PEDINIELLI. J-L et BERNOUSSI.A, 2005, P 31).**

Le sommeil du déprimé est en règle générale perturbé par des réveils nocturnes avec difficultés du ré endormissement et par une insomnie de fin de nuit avec réveils précoces. **(Besançon. G, 2005, P50)**

Les troubles sexuels : dont le déterminisme paraît plus complexe car très lié à la perte de l'élan vital, sont très fréquents : diminution du désir, impuissance, frigidité. **(Besançon. G, 2005, P50)**

Les troubles sexuels (impuissance, frigidité, baisse ou disparition du désir sexuel) sont fréquents, traduisant la même perte des intérêts. **(PEDINIELLI J-L. et BERNOUSSI.A, 2005, P 32).**

Les troubles alimentaires : l'anorexie apparait très fréquemment (80à 90% des cas), avec aménagement, dégoût de la nourriture. la boulimie est en revanche plus rare, mais peut survenir. L'anorexie se retrouve aussi dans d'autres états mentaux, elle peut aussi apparaitre isolément. L'anorexie mentale essentielle est un trouble autonome spécifique qui n'est pas considéré comme appartenant à la classe des troubles dépressifs. **(PEDINIELLI .J-L et A. BERNOUSSI, 2005, P 32).**

Les symptômes somatiques : digestifs, cardio-vasculaires,...etc. les céphalées, les algies faciales, les troubles neuromusculaires (sensation de tension musculaire avec douleurs, tremblements, soubresauts, paresthésies), les troubles cardio-vasculaire (hypertension, ralentissement du pouls) la constipation, peuvent être retrouvés. . **(PEDINIELLI. J-L Et BERNOUSSI. A, 2005, P 32).**

Dans tous les cas il faut noter l'importance des troubles somatiques : céphalées, algies divers, sensations d'étouffement, palpitation, douleurs vertébrales ou articulaires, troubles digestifs, constipation, etc. Il est possible même que ces troubles prennent une telle importance que l'état dépressif soit camouflé par la plainte somatique. **(BERNARD.P, BRISSET CH., 1989, P 168)**

Les symptômes somatiques sont assez variables selon les cultures.

Dans les pays occidentaux, dits développés, ils sont largement dominés par l'anorexie et ses conséquences : perte de poids, voire dénutrition.

La constipation est les deuxièmes symptômes le plus souvent observé. Les autres symptômes somatiques ont une importance moindre : hypotension, bradycardie, tendances lipothymiques. **(Besançon. G, 2005, P50)**

3-3- Les troubles cognitifs :

Pensées négatives : la personne analyse les événements de sa vie et les opinions des autres sous un angle systématiquement négatif. Ce pessimisme permanent retentit sur les proches et peut les décourager.

Le suicide et les idées de suicide : le désir de mort est fréquent dans les états dépressifs et apparait sous la forme d'idées de suicide, de tentatives de suicide. On estime qu'environ 15% des patients déprimés décèdent par suicide, et les différentes études sur les relations entre dépression et suicide montrent une forte fréquence d'états dépressifs dans les antécédents ou de signe dépressifs précédent le geste suicidaire.

A ce geste grave qui vise apparemment une destruction du corps et qui fait appel à la notion de recherche de la mort, s'associent des discours et des comportements très différents. **(PEDINIELLI .J-L et A BERNOUSSI .A, 2005, P 27-29).**

3-4- Les symptômes de la dépression selon le DSM-IV TR : Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte (l'intérêt ou de plaisir :

Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.

Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours. Sentiment de dévalorisation ou de

culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours ; Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours ; Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider. (DSMIV-TR, 2003, P .411)

Selon la CIM-10 :

Au cours des épisodes typique de chacun des trois degrés de dépressions : **léger, moyen, ou sévère**, décrits ci-dessous, le sujet présente habituellement un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, et une réduction de l'énergie, entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Des efforts minimes entraînent souvent une fatigue importante. Par ailleurs, un épisode dépressif comporte souvent :

Une diminution de la concentration et de l'attention ; Une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ; Des idées de culpabilité ou de dévalorisation, (même dans les formes légères) ; Une attitude morose et pessimiste face à l'avenir ; Des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires ; Une perturbation du sommeil ; Une diminution de l'appétit. (CIM-10,2001, P.86-87)

4-Les facteurs de la dépression

Face à une dépression, on recherche souvent des explications, et les premières questions qu'on se pose sont : « Pourquoi moi ? Que s'est-il passé ? À quoi est-ce dû ? Qu'ai-je fait ? » Notre besoin de comprendre et de donner un sens à ce qui nous arrive est un processus naturel, en particulier à l'occasion d'expériences douloureuses. Il est alors fréquent d'avoir recours à des explications d'apparence vraisemblables. On évoque alors des causes externes ou bien des causes internes.

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

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

4-1-Les facteurs biologiques :

La survenue des symptômes de la dépression est liée à une perturbation du fonctionnement cérébral. C'est bien le fonctionnement du cerveau qui est atteint, non sa structure. Cette distinction est importante car elle permet de bien comprendre que cette maladie peut être réversible. Ce dysfonctionnement du cerveau se traduit notamment par des anomalies dans la fabrication, la transmission et la régulation de certaines substances chimiques : les neuromédiateurs (également appelés neurotransmetteurs). Il est difficile de savoir à l'heure actuelle si ces anomalies sont la cause initiale ou bien la conséquence de la dépression. Quoi qu'il en soit, leur correction et la restauration du bon fonctionnement des neuromédiateurs sont indispensables. C'est la principale

fonction des médicaments antidépresseurs. On sait aujourd'hui que la psychothérapie entraîne elle aussi ce type d'amélioration biologique si le dérèglement initial est modéré. **(Briffault .D, CARIA. A, 2007, P 22)**

4-2-Les facteurs psychologiques :

Des mécanismes psychologiques particuliers sont également impliqués dans la dépression : sentiments de perte, conflits moraux, croyances négatives, mauvaise estime de soi (« Je ne peux rien faire de bon », « Je ne vaud rien »...). Certains de ces mécanismes trouvent leur origine dans l'enfance (plus ou moins bonne qualité des premières relations avec les parents, premières expériences associées à un sentiment de perte, de solitude, d'impuissance, de culpabilité ou de honte...), d'autres peuvent être liés à des éléments plus actuels (traumatismes, deuils liés à la perte d'une personne, d'un idéal ou d'une image de soi). Certains styles de comportements (sur les plans intellectuel, émotionnel, relationnel), ainsi que certains modes de défense psychologiques peuvent favoriser l'émergence et le maintien d'une dépression. Ainsi, certaines personnes souffrant de dépression expriment des croyances négatives (elles se croient par exemple « incapables » ou « indignes » de faire certaines choses...) ou n'envisagent que des perspectives pessimistes, à la fois pour le monde qui les entoure et pour elles-mêmes. Chez ces personnes, certains événements de la vie quotidienne, analysés sous leur angle le plus négatif, peuvent déclencher automatiquement des pensées dépressives, sans qu'il leur soit possible de faire appel à d'autres expériences plus positives. **(Briffault .D, CARIA. A, 2007, P 23)**

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

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

ou sociaux, une maladie...En plus des facteurs précipitant et des facteurs de risque, la présence ou l'absence de facteurs de protection dans l'environnement de la personne peut aussi jouer un rôle. Par exemple, la présence de personnes proches réconfortantes et valorisantes ou l'engagement dans des activités personnelles intéressantes peuvent protéger de la dépression ou favoriser la guérison. À l'inverse, l'absence de ces facteurs peut faciliter l'apparition (ou la réapparition) de la dépression. (**Briffault .D, CARIA. A, 2007, P 24**)

5- Les types de dépressions :

5-1-Les types de dépression selon le DSM-VI :

Selon le DSM IV la section des Troubles de l'humeur comprend des troubles dont la caractéristique principale est une perturbation de l'humeur. La section est divisée en trois parties. La première partie décrit les épisodes thymiques (Épisode dépressif majeur, Épisode maniaque, Épisode mixte et Épisode hypomaniaque) qui sont présentés à part, au début de cette section pour faciliter le diagnostic des différents troubles de l'humeur. Il n'existe pas de code spécifique à ces épisodes qui ne peuvent être diagnostiqués comme des entités autonomes ; cependant ce sont les éléments qui sont utilisés pour construire les diagnostics des troubles. La deuxième partie décrit les Troubles de l'humeur (p. ex., Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique, Trouble bipolaire I). La présence ou l'absence d'un épisode thymique décrit dans la première partie de la section fait partie des critères requis pour la plupart des troubles de l'humeur. La troisième partie comprend les spécifications décrivant l'épisode thymique le plus récent ou l'évolution des épisodes récurrents.

Les Troubles de l'humeur sont divisés en Troubles dépressifs (« dépression unipolaire »), Troubles bipolaires et deux troubles fondés sur une étiologie : Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale et Trouble de l'humeur induit par une substance.

Les Troubles dépressifs (c.-à-d. Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique et Trouble dépressif non spécifié) se distinguent des Troubles bipolaires par l'absence d'antécédents d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque. Les Troubles bipolaires (c.-à-d. Trouble bipolaire I, Trouble bipolaire II, Trouble cyclothymique et Trouble bipolaire non spécifié) comportent la présence (ou des antécédents) d'Épisodes maniaques, d'Épisodes mixtes ou d'Épisodes hypomaniaques accompagnés habituellement de la présence ou d'antécédents d'Épisodes dépressifs majeurs.

5-1-2-Le Trouble dépressif majeur : est caractérisé par un ou plusieurs Épisodes dépressifs majeurs (c.-à-d. une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines associée à au moins quatre autres symptômes de dépression).

5-1-3- Le Trouble dysthymique : est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associés à des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un Épisode dépressif majeur.

5-1-4- Le Trouble dépressif non spécifié : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles de caractère dépressif qui ne répondent pas aux critères de Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique, Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou Trouble de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive (ou des symptômes dépressifs pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

5-1-5-Le Trouble bipolaire I : est caractérisé par un ou plusieurs Épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'Épisodes dépressifs majeurs.

5-1-6- Le Trouble bipolaire II : est caractérisé par un ou plusieurs Épisodes dépressifs majeurs accompagnés par au moins un Épisode hypomaniaque.

5-1-7-Le Trouble cyclothymique : est caractérisé par de nombreuses périodes d'hypomanie ne répondant pas aux critères d'un Épisode maniaque et de nombreuses périodes dépressives ne remplissant pas les critères d'un Épisode dépressif majeur pendant une période d'au moins deux ans.

5-1-8- Le Trouble bipolaire non spécifié : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles avec caractéristiques bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucun Trouble bipolaire spécifique déjà défini dans cette section (ou des symptômes bipolaires pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

5-1-9 Le Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale : est caractérisé par une perturbation thymique marquée persistante évaluée comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

5-1-10- Le Trouble de l'humeur induit par une substance : est caractérisé par une modification marquée et persistante de l'humeur jugée comme étant la conséquence physiologique directe d'une substance donnant lieu à abus, d'un médicament, d'un autre traitement somatique de l'état dépressif ou de l'exposition à un toxique.

5-1-11- Le Trouble de l'humeur non spécifié : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent à aucun des troubles de l'humeur spécifiques et pour lesquels il est difficile de choisir entre Trouble dépressif non spécifié et Trouble bipolaire non spécifié . (DSM-IV-TR, 2000. P399, 400).

Il existe d'autres types de dépression que le DSM-IV n'a pas citée comme :

5-2-1- La Dépression délirante : la plupart des dépressions désignées par ce nouveau terme anglo-saxon rentreraient dans le cadre de la « mélancolie » telle qu'on la concevait jusqu'alors (avant le DSM-III). L'intérêt de cette redécouverte

réside dans la formulation d'une opposition entre thèmes congruents à l'humeur et thèmes non congruents :

• **Thèmes congruents à l'humeur** : culpabilité délirant, auto-accusation, idées hypocondriaques (certitude d'avoir une maladie mortelle, idées de négation d'organe), idées de ruine, de mort, d'influence maléfique, idées de persécution congruent à l'humeur ;

• **Thèmes non congruent à l'humeur** : thèmes de persécution en décalage avec l'humeur (« on m'en veut mais, je n'ai rien à me reprocher »), thèmes de référence ou d'influence n'ayant pas de lien avec la thématique mélancolique. (PEDINIELLI .J-L. et BERNOUSSI.A, 2005, P48-49).

5-2-2-La Dépression névrotique : cette notion était déjà présente chez Kraepelin et elle continue d'être employée, tout en étant maintenant contestée. Généralement, on accordait à la dépression névrotique les caractères suivants : 1) elle est moins incapacitante sur le plan sociale, 2) elle ne comporte ni délire ni confusion, 3) elle ne présente pas certains traits dit « endogènes » (réveil précoce, perte de poids, ralentissement, culpabilité), 4) elle peut posséder certaines caractéristiques comme la variation avec l'ambiance, l'irritabilité, l'apitoiement sur soi....5) elle est en rapport avec une organisation de la personnalité non spécifique mais ayant pour caractéristiques des troubles du narcissisme et de l'identité, 6) elle est, pour les psychanalystes, en rapport avec des conflits inconscients. (PEDINIELLI .J-L et BERNOUSSI.A, 2005, P50).

5-2-3-Des dépressions sans signes dépressifs typiques :

Nous allons décrire ici des usages courants impliquant les termes « dépression » ou « dépressif (iv) » pour désigner des troubles dans lesquels les signes dépressifs classiques sont peu apparents. Il s'agit de la « dépression atypique », de la « dépression masquée », des « équivalents dépressifs », de la « dépression essentielle

• **La dépression atypique** : cliniquement, ce terme est fréquemment utilisé pour poser le problème de la frontière diagnostique entre schizophrénie et dépression. Il ne s'agit pas de la dépression chez le schizophrène ou d'une forme dysthymique de schizophrénie, mais de la coexistence de thème dépressifs et de manifestations d'une autre (angoisse profonde, retrait affectif, bizarreries, ambivalence, éléments de dépersonnalisation). Il ne correspond à aucun usage nosographique inscrit dans les classifications actuelles. » (PEDINIELLI J-L. et BERNOUSSIA, 2005, P52).

• **La dépression masquée** : la dépression masquée fait aussi partie des états pour lesquels il y a débat. Dans l'idée des auteurs du concept (Lopez Ibor en 1972, Kielholz 1973), cette dépression se caractérise par le fait que les signes dépressifs sont au second plan, « masqués » par une autres symptomatologie, le plus souvent somatique : douleurs atypiques, céphalées, lombalgie, sans fondement organique... malgré la présence d'anxiété, de plaintes somatiques et de troubles du sommeil, les éléments manquent pour établir le diagnostique. La sensibilité à un traitement antidépresseur viendra souvent confirmer le diagnostique. Cette forme est donc une « dépression » sans manifestations dépressives apparentes. On en parle aussi chez l'enfant et chez l'adolescent, pour des raisons identiques. (PEDINIELLI J-L. et BERNOUSSIA, 2005, P52).

• **Equivalents dépressifs** : Ici encore, la question est de savoir si l'on peut appliquer le concept descriptif de dépression à une situation qui, précisément, ne fait apparaitre aucun signe dépressif. Les équivalents dépressifs sont des épisodes pathologiques qui ne comprennent aucun signe manifeste de la série dépressive, mais des manifestations psychique ou physique :

Manifestations psychiques comme : des troubles du caractère, des troubles d'allure névrotique (phobie, obsessions, idées et plaintes hypocondriaques), des perturbations isolées des conduites sexuelles ou alimentaires (période d'anorexie

ou de boulimie, alcoolisation), des conduites toxicomaniaques ; manifestations somatiques comme : céphalées, asthénie, douleurs... le caractère cyclique de ces phénomènes leur sensibilité aux antidépresseurs les fait considérer comme participant de la dépression. Si cette conception est très pertinente cliniquement, elle manque toutefois d'élaboration théorique. » (PEDINIELLI. J-L et BERNOUSSI.A, 2005, P5 3).

•**La dépression essentielle** : ce terme a été forgé par Pierre Marty pour désigner un état spécifique chez les malades psychosomatiques.

Cette dépression essentielle ne ressemble en rien à celle dont nous avons décrit les signes. il s'agit d'un état de désinvestissement, de fonctionnement opératoire (absence de vie imaginaire, d'expression des sentiments, d'accès à la métaphore ...), de limitation des intérêts et de l'action. Elle est le prélude à l'apparition d'un état somatique et s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent le fonctionnement psychique. D'un point de vue psychodynamique, on pourrait dire qu'il y a incapacité du sujet à se déprimer (être triste) et que le corps réel (le soma) réagit en lieu et place du psychique. (PEDINIELLI .J-L. et BERNOUSSI.A, 2005, P5 4).

5-2-4-Des dépressions variables avec l'âge :

La dépression peut présenter quelques particularités en fonction des âges. On comprend sans peine que si les mêmes signes se retrouvent dans toutes les dépressions, il peut exister des différences chez les enfants ou les patients âgés notamment. Certaines notions sont ainsi apparues pour désigner des formes particulières à ces patients.

•**La dépression de l'enfant et de l'adolescent :**

Depuis quelques années on parle de dépression chez l'enfant et chez l'adolescent, que se soit dans les approches psychiatriques, ou descriptives, ou

psycho dynamiques. la notion de dépression chez le bébé a été avancée par plusieurs auteurs (Spitz, Bowlby, Lebovici....).

La dépression chez l'enfant : ne se manifeste pas par la même symptomatologie que chez l'adulte. Le trouble de l'humeur est très rarement verbalisé comme tel par l'enfant, l'inhibition dépressive est généralement traduite par des difficultés scolaires, le ralentissement se traduit par une fatigabilité ou un isolement. Les manifestations somatiques sont, quant à elles, particulièrement visibles (difficultés de sommeil, énurésie, douleurs, anorexie). L'enfant en fonction de son âge se plaint parfois de n'avoir envie de rien, de ses déficiences, de ne pas y arriver, d'être sans amour, d'être seul, d'être coupable, et, ce, de manière assez brusque. Les parents repèrent souvent le trouble sans pouvoir toujours le nommer : ils évoquent alors le fait de ne plus reconnaître l'enfant, de le trouver changé, de ne pouvoir lui faire plaisir. par ailleurs, on peut retrouver des manifestations plus ambiguës nommées par certains « dépression masquée » qui se caractérisent, chez l'enfant d'âge préscolaire, par la difficulté à jouer, l'agitation, des crises de préésie (non-maitrise du sphincter anal). Chez les enfants d'âge scolaire, elle se manifeste par une irritabilité, des difficultés d'apprentissage, des difficultés à jouer, un manque d'assurance et de confiance en soi, des terreurs nocturnes, des troubles d'allure somatique (céphalées, énurésie, encoprésie), des crises se larmes.

Chez le bébé, le modèle de la dépression est l'hospitalisme évoqué par Spitz. Pour parler de dépression chez l'enfant, un état sans pleurs, sans larmes, sa mimique est pauvre, ses conduites sont stéréotypées, monotones, répétées ; le bébé réagit peu aux sollicitations de l'entourage (pas d'interactions, peu de communications), présente des troubles psychosomatique (coliques du premier trimestre, eczéma, trouble psychotoxiques). Mais cet état est réversible et se différencie d'autres troubles dans lesquels dominant aussi les troubles de la communication.

La dépression de l'adolescent est souvent méconnue bien que sa sémiologie puisse parfois se rapprocher de celle de l'adulte. Dans les travaux épidémiologiques fondés sur des critères stricts de classification (DSM ou CIM), on retrouve en effet les différents types de troubles dépressifs : ennui, morosité, agressivité, passage à l'acte...l'état dépressif dure, en moyenne, de 7 à 9 mois avec un taux de rechute important (40% avec un recul de deux ans et 70% avec un recul de cinq ans) ; il atteindrait, dans sa forme typique 8 à 9% d'adolescents. On note ainsi que la dépression de l'adolescent peut présenter, hors des états dépressifs typiques, des caractéristiques spécifiques que les praticiens doivent savoir reconnaître.

La tristesse n'est ni constante, ni fréquemment visible, ni revendiquée : peu de plaintes, parfois refus de reconnaître la souffrance subjective et la douleur morale (« déni de la tristesse »), mobilisation rapide de l'humeur dans certaines situations. En revanche, des manifestations non verbales (regard inexpressif, soupirs, abattement...) ou des sensations de vide, d'ennui, de désintérêt peuvent exprimer cette tristesse.

L'hostilité, l'agressivité, l'opposition, l'intolérance à la frustration, sont plus souvent présentes chez les adolescents dépressifs avec leurs conséquences éventuelles comme le passage à l'acte verbal ou physique, auto- ou hétéro-agressif ; mais, comme ces phénomènes sont fréquents à l'adolescence, on peut ne pas y prêter suffisamment d'attention et. **(PEDINIELLI. J-L, BERNOUSSIA, 2005, P57).**

•**La dépression du sujet âgé :** La dépression serait plus fréquente chez les patients âgés et sa fréquence augmenterait avec l'âge. On estime en outre que la durée moyenne d'hospitalisation pour état dépressif est de 50% plus élevée chez les patients de plus de 65 ans et que, dans l'année qui suit, 10% de ces malades font une tentative de suicide. Les patients âgés peuvent présenter les mêmes formes d'états dépressifs que les autres patients, avec parfois des accentuations

particulières (importance des troubles mnésiques et des plaintes somatiques), mais on peut retrouver chez eux des troubles particuliers : dépression d'involution, pseudo-démence... Un problème très particulier est représenté par ce que l'on appelle, à tort, « pseudo-démence ».

La démence est un état d'affaiblissement intellectuel global, acquis, progressif, d'évolution chronique, irréversible et lié à des phénomènes organiques (exemple de démence : la maladie d'Alzheimer). Cet état se caractérise par des troubles de la mémoire, des troubles de l'idéation, de l'attention, de l'orientation, parfois un syndrome apraxo-aphaso-agnosique... Or certaines dépressions graves du sujet âgés se manifestent par un tableau d'allure identique : inertie motrice, troubles de la mémoire, ralentissement... Le tableau est proche de la sémiologie de la démence, mais l'étiologie est différente : il s'agit effectivement d'un état dépressif. . (**PEDINIELLI. J-L et BERNOUSSIA, 2005, P59**).

5-2-5-La dépression post-natale (post-partum)

La mortalité maternelle périnatale est passée en 60ans de 3,5 pour mille à 0,12 pour mille, mais le taux de dépression post-natale reste stable (entre 10% et 20%). Le « post-partum blues » (ou maternity blues ou baby blues) n'est pas une unité pathologique mais un état transitoire et peu intense (fatigue, anxiété, émotivité, trouble du sommeil, pleurs...) et apparait chez plus de la moitié des accouchées. il ne peut être confondu avec la dépression post-natale. Toutefois son intensité est un facteur de risque de dépression post-natale. Celle-ci toucherait entre 10% à 20% des femmes et débiterait 4à6 semaines après l'accouchement, parfois plus tardivement. Les signes sont d'intensité modérée : rares idées de suicide, humeur labile, découragement, sentiments d'incapacité, inquiétudes sur les soins à donner l'enfant, tristesse, trouble de la concentration, troubles du sommeil, anxiété, irritabilité, plaintes somatiques inhabituelles .

On remarque donc que les seuls signes discriminant (puisque les signes dépressifs ne diffèrent pas de ceux que l'on rencontre) sont : 1) le découragement, 2) les sentiments, d'incapacité et 3) les inquiétudes, les trois concernant les soins à donner l'enfant, et le fait que la dépression survienne après la naissance d'un enfant. On a décrit des facteurs de risque pouvant influencer l'apparition de cet état antécédents personnels et familiaux de dépression (post-natale ou autres), l'existence d'un épisode dépressif gravidique, une attitude ambivalente à l'égard de grossesse, des antécédents de fausse-couche, d'IVG ou d'accouchement prématuré, des paramètres psychosociaux qui peuvent être subdivisés en trois groupes : facteurs externes comme devoir s'occuper d'autres enfants en bas âge, avoir des problèmes financiers, la confrontation à des événements négatifs (deuils, problèmes professionnels...), disposer de peu de temps pour s'occuper de soi ; facteurs internes comme une mauvaise estime de soi, un niveau élevé de conflit entre travail et famille, un décès, une séparation avec la mère avant l'âge de 10 ans, le sentiment de ne pas avoir de contrôle sur sa vie ; facteurs relationnels (difficultés comme la faiblesse du soutien moral, de la relation avec la mère ou de la relation conjugale).

Cet état pourrait avoir une influence sur l'enfant en diminuant les compétences maternelles et les interactions entre la mère et l'enfant.

5-2-6- La dépression saisonnière : ces dépressions, de découverte assez récente (une vingtaine d'années), apparaissent à certaines périodes de l'année. Généralement, les épisodes débutent à l'automne ou à l'hiver et guérissent spontanément au printemps. Il se caractérise souvent par une absence d'énergie, des troubles du sommeil (hypersomnie), une consommation excessive de la nourriture et de la consommation des certaines aliments. Ils sont traités par une exposition à un certain type de rayonnement lumineux. . **(PEDINIELLI. J-L et BERNOUSSIA, 2005, P 62).**

6- La théorie psychanalytique :

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

6-1-Les premiers travaux sur la dépression de Karl Abraham :

Les travaux de K. Abraham (1911) élève de Freud sur la dépression sont antérieurs à ceux de Freud. Il considère que le moteur de la dépression viendrait des « dispositions nerveuses » du sujet, le dépressif est un individu qui incapable d'aimer autrui tout en ressentant une culpabilité certain à ne le pouvoir l'aimer : ses propre tendances sadiques sont retournées contre lui-même, dans son écrit précurseur sur la problématique dépressive, K. Abraham met en lumière l'importance du mécanisme de projection et approche, par comparaison, le deuil et la mélancolie, le mélancolique d'après lui possède un « sadisme refoulé dans l'inconscient » et se satisfait de situation car il « tire son plaisir de ses souffrance ».

En 1916 à la suite de ses réflexions antérieurs K. Abraham met en évidence la justice des signe oraux dans la mélancolie, il pose l'hypothèse de la présence d'une régression orale chez les mélancolique.

Pour aborder la thématique de la dépression K. Abraham va s'appuyer sur la compréhension de patients souffrant de mal être pour étayer ses réflexions, il y constate des déceptions précoces dans la relation de l'enfant avec ses parents ces

événement liés à l'évolution prégénital, influencent et déterminent le déroulement et le vécu des conflits œdipiens, une déception, non dépassé au niveau œdipiens, fera revenir et stimulera par refoulement de façon régressive des conflits prégénitaux nos résolus qui déclenchent une réponse dépressive répétitive. (Pardinielli., & Bernoussi, 2005, P.77-78)

6-2-Deuil et mélancolique de S. Freud 1915 :

La dépression est sous-tendue par une perte et un processus de deuil à élaborer. L'écrit de Freud (Deuil et Mélancolie) daté de 1915 n'explique pas la mélancolie mais en donne une interprétation fondée sur la différenciation entre deux états : Le deuil et la mélancolie. Cette comparaison débute par une affirmation selon laquelle le deuil est une « réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place : la patrie, la liberté, un idéal » de ce fait « la douleur est la réaction propre à la perte d'objet ». Ainsi, il est difficile pour le Moi de faire détacher d'un objet massivement investi par la libido cette même composante. La disparition de l'objet investi entraînera une réaction de repli, de solitude et d'anéantissement.

Le deuil –c'est-à-dire le « travail de deuil » -est un phénomène de la vie quotidienne, une manière de gérer la tristesse face à une perte ou un but non atteint. Comme dans la mélancolie, il existe une perte objectale, Freud définit cette perte et donc le deuil comme « une réaction à la perte ». Cette réaction peut être considérée comme une relation objectale munie de représentations faisant office d'objet substitutif à l'objet proprement dit. À la suite de cette perte d'objet, « l'épreuve et réalité à montrer que l'objet aimé n'existe plus » et force ainsi la libido à retirer tous les liens qu'elle a avec l'objet.

Le deuil renvoie souvent à la mort d'un être cher, la psychanalyse nous enseigne qu'une réaction de deuil s'opère avant tout quand l'objet est perdu. A ce

propos, Freud dit que l'objet n'est pas forcément perdu de manière réelle : « il est perdu en tant qu'objet d'amour ». . (Pardinielli, & Bernoussi, 2005, P.78-79)

6-3-la position dépressive de Mélanie Klein :

Reprenant les bases de S. Freud, Mélanie Klein propose un modèle de développement psychoaffectif de l'enfant, elle introduit la notion de position schizo-paranoïde « à la quelle succède la position dépressive ».).

La « position » est un concept structural plus chronologique. C'est une modalité d'organisation du Moi, cette organisation du moi regroupe l'état du moi, la relation interne, l'angoisse ainsi que les mécanismes de défenses.

Pour M. Klein « le deuil, le sujet passe un maniaco-dépressif atténué et passager, et le surmonte, répétant ainsi, bien qu'en des circonstances et avec des manifestations différentes, les processus que l'enfant traverse à la cour de la première en l'enfance ». M. Klein montre que toute douleur provoquée par une expérience traumatisante et engageante psychiquement et émotionnellement réactive la position dépressive. (Pardinielli, & Bernoussi, 2005, P.84-89)

7-Le traitement thérapeutique : psychothérapie se définit comme le « traitement de l'âme ». Selon Laplanche et Pontalis, les psychothérapies sont des « méthodes de traitement des désordres psychique ou corporels utilisant des moyens psychologiques et, d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade ». (Pardinielli, J., & Bernoussi, 2005, P.120)

Conclusion du chapitre :

La dépression est un sentiment lié au changement soudain d'une ligne de conduite ou de vie. L'angoisse signale la présence prochaine de se changement,

elle indique le danger latent mais imminent qu'est la dépression. Les changements extérieurs poussent le sujet à exiger de lui-même des réadaptations intérieures face à des situations engageantes. Etre prédisposé à la dépression vient de l'incapacité à pouvoir dépasser sans encombre les étapes nécessaires à l'évolution psychique.

Chapitre III : L'insuffisance rénale chronique

Préambule :

La maladie rénale est fréquente et longtemps silencieuse et il est ainsi difficile de connaître avec exactitude la date de son apparition. Le stade d'insuffisance rénale terminale est par contre symptomatique avec les signes cliniques liés à l'intoxication urémique. Le patient relève alors d'un traitement par dialyse. Il s'agit donc de remplacer le rein vital qui élimine du sang les déchets par un rein artificiel à la place des reins en cas d'insuffisance rénale.

L'hémodialyse consiste à mettre en contact à travers une membrane semi-perméable appelée dialyseur (ne laisse passer que les petites et les moyennes molécules) le sang du malade et un liquide dont la composition est proche de celle du plasma normal (dialyse).

Tout au long de ce chapitre, on va aborder le côté médical de l'insuffisance rénale et des généralités sur le rein et sa fonction, et d'une pathologie qui touche cet organe de corps humain.

I. le rein**Définition du rein selon A GOUGOUX**

Les reins humains sont deux organes rétro-péritonéaux et para-vertébraux et pesant chacun approximativement 150g. leurs dimensions sont environ 11x12cm de longueur (la hauteur de trois vertèbres sur les clichés radiologiques), 6cm de largeur et 3 cm d'épaisseur. Le rein droit est habituellement un peu plus bas et un peu plus petit (différence de 0.5cm) que le rein gauche. une capsule fibreuse et résistante entoure chaque rein. Le hilum est situé à l'intérieur du rein et contient l'artère rénale, la veine rénale et le bassinet (**GOUGOUX.A, 2005, p85**).

Chaque rein humain possède plus d'un million de néphrons, qui constituent ses unités structurales et fonctionnelles. les néphrons sont composés d'un glomérule qui filtre les déchets, ou tubule rénal, rattaché au glomérule.

Les reins sont des organes chargés d'éliminer les déchets produits en permanence par le fonctionnement de l'organisme (le métabolisme), ce sont eux qui fabriquent l'urine .et maintien l'équilibre interne (l'homéostasie).les reins ont aussi chargé de la production d'hormones, comme érotropoitrine.

2. situation des reins selon MICHEL OLMER:

Les reins sont situés de chaque coté de la colonne vertébrale (a la hauteur de la douzième vertèbre dorsale et des deux premières vertèbres lombaires) et au niveaux dernières cotes.

Les reins et les organes abdominaux :

Les reins se situent dans la partie postérieure de l'abdomen, en arrière de péritoine (membrane qui recouvre l'estomac, le foie, la rate et l'intestin).

Le rein pèse 160g, longueur 6cm, épaisseur 3 cm sa couleur brun-rouge et forme haricot et articulateur jumeau (MICHEL OLMER, 2007, p11)

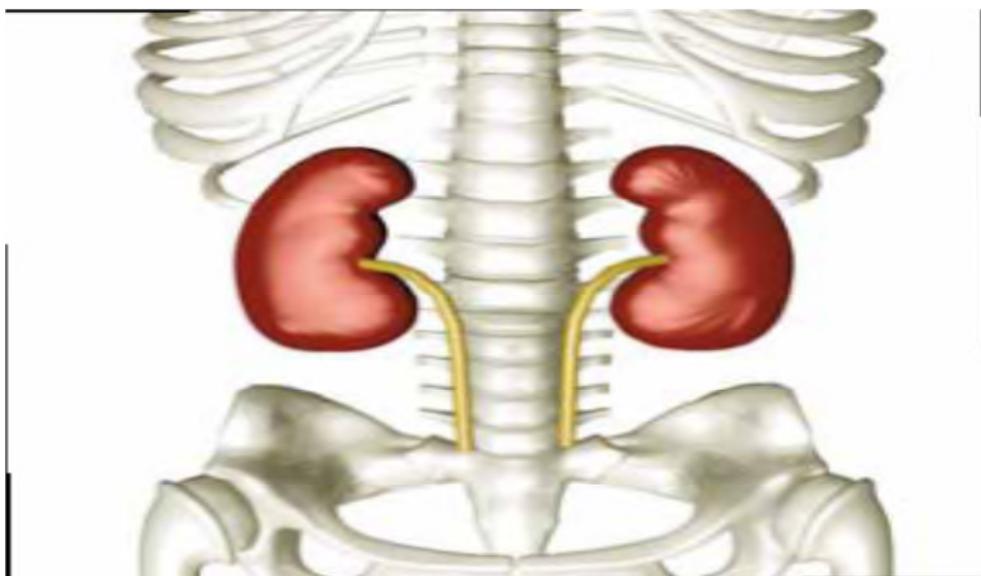


Figure n°1 : situation des reins dans le Corp.

(Olmer. M, 2007, p.11)

3. LE ROLE DU REIN :**Le rôle de rein selon Michel Olmer :**

Le rôle essentiel est le plus connue des reins est la formation de l'urine, il élimine du sang les déchets provenant de la destruction des cellules de l'organisme et de la digestion des aliments. Le rein en filtrant le sang, assure plusieurs fonctions,

-Le rein régule la quantité d'eau dans l'organisme

Les reins permettent à l'organisme de maintenir la quantité d'eau qui lui est nécessaire. Il filtre environ 180 litres de liquide amenés par le courant sanguin

Mais en rejettent toutefois que 1,5 à 2 litres d'urines par 24 heures.

-Le rein régule les quantités de sel potassium et autres électrolytes

Lorsque les reins fonctionnent mal, ils éliminent insuffisamment le sodium et l'eau et peuvent être responsables d'une majoration de l'hypertension artérielle et d'œdèmes.

-Le rein règle aussi le sort de potassium. On comprend alors qu'en cas d'insuffisance rénale une élévation de potassium dans le sang

-Le rein a une fonction de régulation de milieu intérieur en éliminant plus ou moins les acides excès provenant de l'alimentation.

Le rein élimine les produits toxiques dans l'organisme

L'urée résultant de la digestion des protéines

Lorsque les reins ne fonctionnent plus normalement, il y a une augmentation dans la circulation sanguine des taux d'urée, de créatinine et d'acide urique.

-Le rein intervient dans la production et la sécrétion d'hormones :

La rénine : est à l'origine de la production de l'angiotensine 2 et de l'aldostérone

L'érythropoïétine

Le calciparol : forme active la vitamine D, est produit par les reins.

Thormone : cette hormone mobilise le calcium. (**Olmer. M , 2007, p12, 13**)

II. insuffisance rénale et hémodialyse :

1-Définition de l'insuffisance rénale selon Larousse médicale :

Réduction de la capacité des reins a assurer la filtration et l'élimination des produits de déchet du sang a contrôler l'équilibre du corps en eau et en sels et a régulariser la pression sanguine.

L'insuffisance rénale, aussi bien chronique qu'aiguë, n'est pas une maladie en soi : elle résulte d'affections qui atteignent les reins, caractérisées par une diminution du nombre des néphrons, ces unités fonctionnelles dont l'élément principal est le glomérule, petite sphère où s'effectue la filtration du sang et où s'élabore l'urine primitive (**Larousse médicale, 2001, P489**)

2 .les types d'insuffisance rénale :

2-1-Insuffisance rénale aiguë selon la revue du praticien :

L'insuffisance rénale aiguë (IRA) ; se définit comme la baisse, le plus souvent brutale, importante et réversible de la filtration glomérulaire la diurèse peut être normale .mais elle peut aussi être très diminuée ou nulle, en l'absence de rétention aiguë d'urine la diurèse est alors inférieure à 500ml/24h ou 20ml/h et l'on parle d'anurie ou d'oligoanurie. (**Marie-Alyette Costa, 2004, p82.**)

C'est une insuffisance rénale dans laquelle la perte de la fonction rénale est brutale mais généralement réversible

Contrairement à l'insuffisance rénale chronique, l'insuffisance rénale aiguë guérit plus souvent sans séquelles. (**Larousse médicale, 2001, p490.**)

On définit l'insuffisance rénale aiguë (IRA) par la baisse brutale et importante de la filtration glomérulaire.

2-2- Les différents Types de l'insuffisance rénale aiguë :

-IRA poste rénale, poste obstructive : ce terme s'applique à toutes les IRA dues à une obstruction aiguë des voies urinaires à l'étage supra vésical. Ce type d'IRA est dit « post-rénal » car le trouble se situe en aval des reins.

-IRA pré-rénale, dite fonctionnelle : L'IRA pré rénale résulte d'un trouble circulatoire général situé en amont des reins, conduisant à la diminution de leur perfusion. L'appellation classique « IRA fonctionnelle » signifie que, contrairement aux atteintes rénales proprement dites, il n'existe pas de lésions cellulaires observables

-IRA d'origine rénale, dite organique : on appelle IRA rénale, ou encore IRA organique ou lésionnelle (par opposition à l'IRA fonctionnelle), une défaillance des fonctions rénales due à des lésions cellulaires d'installation rapide. (**Fourcade. J, Mai 2006, p3, 4,5.**)

2-3-Principales causes d'IRA :

-calcul unilatéral sur rein unique, adénome de la prostate, cancer de la prostate, cancer du col utérin tumeur de vessie, cancer de rectum, métastases rétro-péritonéales, fibrose rétro-péritonéale. (**La revue du praticien, 2004, p54**)

2-4-Insuffisance rénale chronique selon Larousse médicale :

Dans cette insuffisance rénale, l'atteinte glomérulaire est irréversible : son degré de gravité est cependant variable (**Larousse médicale, 2001, p491**).

Selon M, A BOUBCHIR :

L'IRC est une altération progressive des fonctions excrétrices et endocrines du parenchyme rénal, conséquence de lésions anatomiques irréversibles (**Boubchir. M.A, 2002, P22**)

Définition de l'insuffisance rénale chronique (IRC) :

Baisse de débit de filtration glomérulaire chronique (c'est-à-dire depuis) ou moins un mois et permanent (pas le retour à la normale possible).

Il faut bien distinguer 2 situations totalement défiantes :

1-l'insuffisance rénale chronique terminale qui nécessite une méthode de suppléance (hémodialyse, dialyse péritonéale, transplantation rénale.) .

2-insuffisance rénale chronique débutante à sévère, que l'on peut contrôler sans méthode de suppléance. (**Simon.P,2007,p.109**.)

On définit l'insuffisance rénale chronique par l'incapacité définitive des reins d'accomplir leur rôle d'émonctoires des déchets et de réguler la quantité d'eau dans l'organisme.

2-5-Les causes de l'insuffisance rénale chronique selon le Guide de parcours de soins :

Elles sont multiples ; presque toutes les maladies atteignant les reins peuvent évoluer vers une insuffisance rénale chronique :

- le diabète et l'hypertension sont les principales causes de l'insuffisance rénale terminale il existe de nombreuses autres causes probables de l'insuffisance rénale

(maladie cardio vasculaire athéromateuse, insuffisance cardiaque, infections chroniques des voies urinaires) dans des cas rares, certaines maladies héréditaires, sujet âgés. (**Gide de parcours de soin, février 2012, p9**)

3-Les signes de l'insuffisance rénale :

-au début :

Ressentirez une fatigue excessive à l'effort, un manque d'appétit, besoin d'uriner plusieurs fois dans la nuit une hypertension artérielle et ou des œdèmes peuvent être présents.

-plus tardivement :

Une grande fatigue, des troubles digestives pertes d'appétit, dégoût pour les viandes, nausées, vomissements, amaigrissement, des crampes des impatiences dans les jambes surtout la nuit, des démangeaisons parfois intenses, des troubles du sommeil. (**Olmer. M 2003, p17**)

4-le traitement de l'insuffisance rénale chronique :

Le traitement par dialyse ou transplantation rénale instauré au stade terminal de l'insuffisance rénale chronique IRC, permet désormais une survie prolongée : le recul est actuellement supérieure à 25 ans pour hémodialyse ,30pour la transplantation, 10 ans pour le dialyse péritonéale. Ainsi le traitement de l'IRCT doit désormais être connu comme l'alternance de période faisant appel aux diverses méthodes, chacune avec ses propre contraintes (**LA VILLEM, MARTIN X, 2008, p.159**).

4-1-La dialyse :

La dialyse épure le sang au travers d'une membrane semi-perméable grâce à des échanges entre la sang et un liquide de dialyse contenant des électrolytes à une concentration voisine de celle du plasma (dialysat) .(**Olmer. M ,2003,p66**).

4-2 -l'hémodialyse

« Hemo »et « dialyse » viennent de mot grecs qui signifient respectivement « sang »et « séparé ».Ainsi l'hémodialyse consiste à éliminer les déchets toxiques et la surcharge hydrique de l'organisme, en filtrant la sang.se pratique en trois lieux au centre d'au dialyse, au service d'hémodialyse et à domicile. (Boubchir. M. A, 2004, p.192)

L'hémodialyse est un traitement discontinu et périodique .elle se déroule 3 fois ou plus par semaine.

L'hémodialyse conventionnelle : est caractérisée par trois séances par semaine, dont la durée varie de 4 et 6 heures .les science les plus courtes sont réalisées chez des patient jeunes qui ont une diurèse conservée et qui supportent des débits sanguins élevés (350-400ml/min).An cours de la séance de dialyse, le débit sanguin doit être d'au moins 300ml/min et celui de dialysat de 500ml/min. (Simon. P, 2007, p111)

L'hémodialyse quotidienne (HDQ) : est caractérisée par des sciences courtes de 2 heures -2 heures 30 six jours de la semaine .ce mode de traitement apporte indiscutablement un bénéfice au patient en matière de qualité de vie, d'équilibre tensionnel, d'état nutritionnel, de contrôle de la phosphoré mie et de tolérance cardiaque .L'HDQ s'adresse à des paient en insuffisance cardiaque chronique, aux patient dénutris, aux jeunes patients peu ou pas complaints aux règles diététiques. (Simon. p, 2007, p111).

- l'hémodialyse ayant comme rôle de remplacé les fonctions principale des reins sains filtré le sang (éliminant ces déchets) est équilibrer les niveaux de liquides en éliminant les déchets du sang et l'eau en excès.

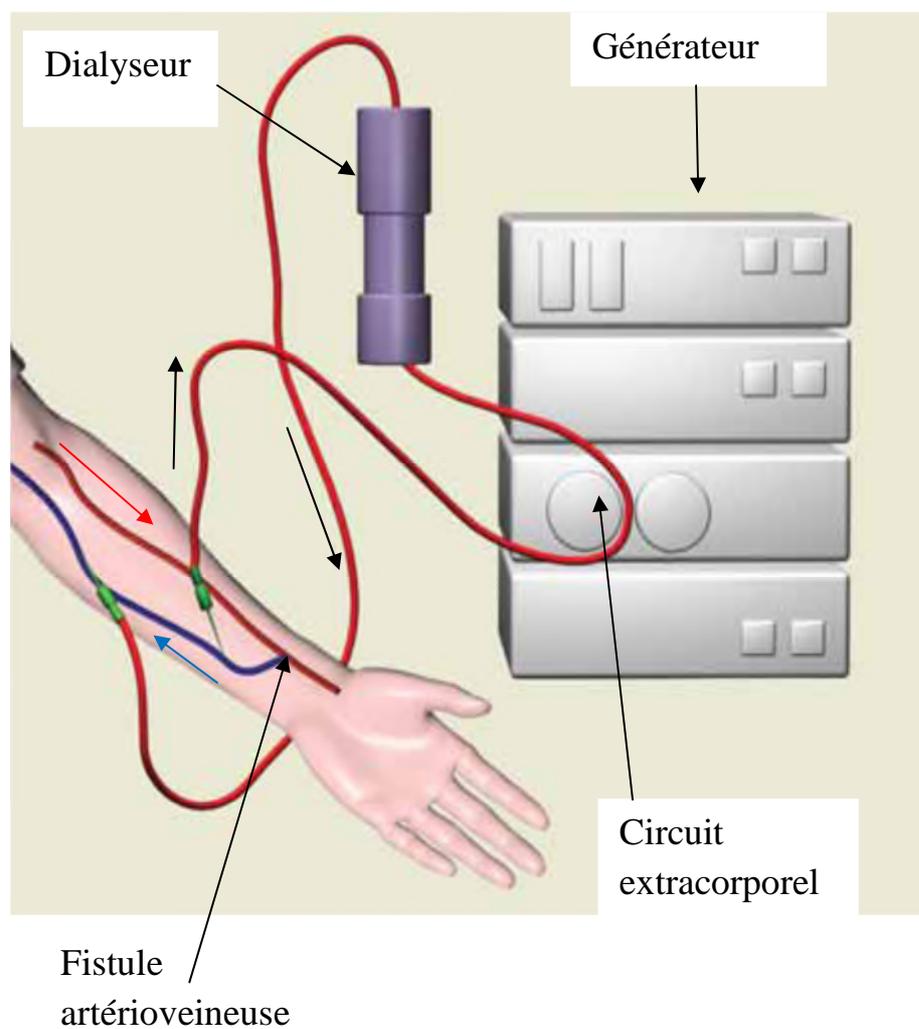


Figure n°2 : l'hémodialyse

(Olmer. M, 2007, p.70)

Conclusion du chapitre :

L'insuffisance rénale chronique est une maladie très grave est très sensible et longtemps silencieuse elle peut être le révélateur ou la causes de souffrance psychiques, ou de difficulté sociale chez les patients est leur entourage.

Partie pratique

Chapitre IV :

**La méthodologie de la
recherche**

1-La Pré- enquête :

On s'est déplacés au service d'hémodialyse de sidi Aich pour vérifier si nous pouvons trouver notre groupe d'étude.

On a pris contacte avec le groupe de notre étude afin de confirmé sont participation.

On a appliqué le guide d'entretien traduit en dialecte kabyle et le test de FAT et l'échelle de Beck sur deux cas, et on a trouvé que les questions de guide ainsi que la consigne de teste sont clair y en a pas d'ambigüité ce qui nous a permet de réalisé notre étude.

2-Méthode de la recherche :

On a choisi la méthode clinique dont on a appliqué la technique de l'étude de cas.

La méthode clinique :

envisage « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (**Chahraoui.KH,Bénony.H,2003,p11**)

Étude de cas :

Sert à accroitre les connaissances concernant un individu donné. Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretiens, testes projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignages de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique

ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. (Chahraoui.KH, Bénony .H, 2003, p126)

L'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques, la première étape est celle de travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet et la 2eme étape est l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répondant à ces principes fondamentaux. (pédinielli.J.L, 2005, p. 67).

3-Le groupe d'étude :

On a procédé à la sélection de quatre(04) cas qui présentent une insuffisance rénale chronique se sont des adultes de sexes différentes deux hommes et deux femmes dont l'âge varie ente (30à45ans), ou les sélectionnés d'une manière volontaire et ce selon la disponibilité des critères suivants :

- La personne ne doit pas avoir une autre maladie a par l'insuffisance rénale
- La personne ne doit pas avoir un trouble mentale grave.
- La personne doit avoir âge entre (30-45).
- La personne doit avoir de frère et sœur par apport au test du FAT.

2-1-Caractéristique de groupe d'étude :

-Tableau n°1 :

Cas	Age	Situation familiale	Durée de la maladie
1/ Salim	30 ans	Célibataire	3 ans
2/ Karim	37 ans	Marie	3 ans

3/ Samira	45 ans	célibataire	18 ans
4/ Nassima	34 ans	Célibataire	4 ans

Ce tableau récapitule les caractéristique de groupe d'étude ce que nous constitue c'est on quatre (04) cas.

4-Présentation du Lieu et de la durée de la recherche :

Notre recherche est effectuée à l'établissement public Rachid Belhocine (secteur sanitaire de Sidi Aich), en mit en service en1986. Il se situé à 1Km du centre ville de Sidi Aich. Il est lié à l'ancien hôpital qui devenue actuellement poly clinique.

Sa capacité technique est 241 lits, il est composé de 6 services d'hospitalisation.

Les services médicaux :

Pavillon des urgences médicales, Service chirurgie, Service pédiatre, Service maternité, Service urgence médicale, Service médecine, Et une unité pour le centre d'hémodialyse.

Notre recherche est menée dans ce service, il contient 9 machines de dialyse, 7 machines dans une chambre vaste, les deux restes une pour les cas de dialyse en urgence et l'autre pout les malades qui préfèrent se dialyse seul.

Dans ce service il ya chef du service et 6 médecins généralistes et 11 infirmiers, le psychologue, la secrétaire et un agent de technique, 3 agents de service et gestion de la pharmacie et un agent de sécurité.

Notre recherche s'est déroulée entre le 14 Avril et le 31Mai 2015 au service d'hémodialyse.

Alors notre travail de recherche sur le terrain, nous a pris beaucoup de temps a cause de la fatigue des patients lors de la science de dialyse.

5- Les outils de la recherche :

5 -1- L'entretien clinique de recherche :

La pratique de l'entretien avec le patient au avec son entourage permet d'obtenir des informations sur le psychisme de sujet, sachons qu'il n'est pas la seule méthode il peut être complète considérable par d'autres méthodes, son but est diagnostique ou il permet de repérer les symptômes puis les classées et thérapeutique, il instaure une relation qui permettra la prise en charge psychologique et élaboration d'un projet thérapeutique. (**Chahraoui .KH, Bénony. H, 2003, p. 32**)

5-2- L'entretien clinique :

L'entretien est « une forme de communication établit entre deux personnes ayant pour but de recueillir certaines informations concernant un objet précis » (**Grawitz. M, 2001, p.644**).

5-3- L'Entretien semi-directif :

Le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. (**Charaoui. KH, Bénony .H, 1999, p.65**).

Et selon **Castarède** : C'est un entretien qui répond à nos objectifs, ainsi, il se définit comme suit : « un compromis entre l'entretien directif et l'entretien non directif, il rend de grand services dans la recherche lorsqu'il faut comparer les réponses d'un échantillon représentatif ». (**Castarède, 2003, p.93**).

5-4- Guide d'entretien :

Il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Charaoui.KH, .Bénony. H, 1999, p.68).

Notre guide d'entretien est composé de (5) axes. Chaque axe est constitué des questions principale est d'autre secondaires posé pour recueillir des informations possibles sur la dépression et la relation de sujet avec sa famille et leur entourage. Les questions posées sont de type semi directif et directif.

I/ Les informations personnelles.son objectif c'est pour relever des informations personnelles de sujet.

II/ Le vécu psychologique du malade dans le service. L'objectif de cette axe est d'explorer les causes internes avancées par le sujet pour expliquer sa maladie, ses complications et s'il atteint par d'autre maladies.

III/ Informations sur la dépression son objectif a partir de cet axe nous essayons de cerner la possibilité d'existence de la dépression et son degré chez le sujet.

IV/ A partir de cette axe intitulé La dynamique relationnelle avec sa famille nous essayons de savoir les relations de sujet au sein de sa famille et son entourage.

V/ Le regard sur l'avenir. L'objectif de cet axe est de relever les intentions de sujet et de projeter dans l'avenir

5-5- Test de la famille (FAT) :

Le FAT (family apperception test) a été élaborée afin de réunir dans la pratique clinique l'évaluation individuelle et l'évaluation familiale .dans le champ de la santé mentale, et plus particulièrement dans la mise en place de programmes thérapeutiques, la prise en compte des caractéristiques du système

familial est de plus en plus fréquente. il existe malheureusement peu d'instruments cliniques adaptés à l'évaluation des systèmes familiaux .

Le FAT comprend une série de 21 planches. Un manuel et une feuille de cotation .les 21 planches, décrites ci-dessous, mettent en scène des situations ,des constellations et des activités familiales habituelles .elles suscitent un large éventail d'associations projectives sur les processus et les structures familiales ,ainsi que des réactions affectives en rapport avec des interactions familiales spécifiques .

La consigne

« J'ai une série d'images sur lesquelles figurent des familles. Je vais te les montrer une à une. A toi de me dire, s'il te plaît, ce qui se passe sur l'image, ce qui a conduit à cette scène, ce que les personnages pensent ou ressentent et aussi comment l'histoire va se terminer. Utilise ton imagination et, surtout, rappelle-toi qu'il n'ya ni bonne ni mauvaise réponse dans ce que tu diras au sujet d'une image. Je vais noter tes réponses pour que je puisse m'en souvenir. »

Les planches est les cinq questions :

Planche 1 - le diner .un homme, une femme et trois enfants (deux garçons et une fille) sont assis autour de la table du diner .les adultes discutent, alors qu'un seul enfant mange.

Planche 2 -la stéréo. Un garçon agenouillé devant une chaine stéréo tient un disque .un personnage féminin se trouvant au premier plan lui tend un objet rectangulaire.

Planche 3 - la punition. Un garçon est agenouillé à coté d'un vase brisé ; de l'eau et des fleurs sont renversée .Au premier plan, un personnage ambigu tenant un objet tubulaire derrière son dos est tourné vers le garçon.

La planche 4 – le magasin de vêtements .dans un magasin de vêtements, une femme montre une robe à une jeune fille .la jeune fils croise les bras, l'expression de son visage ne peut être discernée.

Planche 5 – le salon .un homme, une femme et un garçon sont assis devant un poste de télévision. Une jeune fille a la main posée sur les boutons de la télévision .un cinquième personnage .debout au fond de la pièce, fait face aux autres, sa main est posée sur la poignée d'une porte entrouverte.

Planche 6- le rangement. Un personnage féminin, debout sur le seuil d'une chambre à coucher, est face à un garçon qui, assit sur le lit, tourne le dos à l'observateur. Un tiroir de la commode est ouvert, un ballon de basket se trouve sur le sol, une chemise et un livre sont jetés sur le lit défait.

Planche 7- le haut des escaliers. Un enfant regarde depuis une chambre à coucher, vers un escalier éclairé. Le lit est défait ; un réveil, posé sur la table de nuit, indique 11 :30.

Planche 8 – la galerie marchande. Une femme et un enfant passent bras dessus, bras dessus, devant un magasin où sont présentées, dans la vitrine, de chaussures ainsi qu'une pancarte : « soldes ». La femme porte des articles dans un sac. Un garçon et une fille marchent derrière eux, souriant et gesticulant.

Planche 9 – la cuisine. Un homme est assis à la table de la cuisine, faisant des gestes avec une main et regardant le bloc-notes qu'il tient dans l'autre main. Une femme, debout devant une gazinière, tourne une cuillère dans une casserole. Sur le pas de la porte, un enfant regarde la scène.

Planche10- le terrain de jeux. Deux garçons en tenue de base-ball sont debout l'un à côté de l'autre. Chacun tient une batte de base-ball, un seul d'entre eux porte un gant. Une partie est en train de se dérouler à l'arrière-plan.

Planche 11 – la sortie tardive. Deux adultes âgés (un homme et une femme) et une femme plus jeune font face à un jeune homme, debout, dont la main est posée sur la poignée d'une porte qui mène au dehors. Il désigne une pendule qui indique 21h. La lune apparaît à travers une fenêtre.

Planche 12- les devoirs. Une jeune fille, tournée vers l'observateur, est assise à un bureau, un crayon à la main ; devant elle, un livre et un cahier sont ouverts. Un homme, et une femme sont debout derrière elle et regardent par-dessus son épaule.

Planche 13-L'heure de coucher. Un personnage ambigu est assis dans le lit ; un homme, assis sur le lit également, est tourné vers lui. L'homme a une main posée sur la cuisse du personnage, son autre main est posée sur ses propres genoux.

Planche 14- Le jeu de balle. Un homme et un jeune garçon sont debout, face à face. Ils ont des gants de base-ball et une balle. Sous un porche, un autre garçon et une jeune fille les regardent. L'entrée principale de la maison est ouverte.

Planche 15- le jeu. Deux garçons et une fille sont assis autour d'un plateau de jeux de société, à côté d'un arbre de Noël. Un personnage féminin les regarde, debout. À l'arrière-plan, un autre personnage, allongé sur un canapé, tient un livre ouvert.

Planche 16- les clefs. Un homme et un garçon sont debout devant une voiture. Le garçon montre la voiture d'une main alors qu'il tend l'autre main vers l'homme. L'homme tient un jeu de clefs.

Planche 17- le maquillage. Un personnage féminin se met du rouge à lèvres en se regardant dans le miroir d'une salle de bain ; une autre femme, debout près de la porte, lui fait face.

Planche 18- l'excursion. Un homme et une femme sont assis à l'avant d'une voiture. Un garçon, une fille et un troisième enfant sont assis à l'arrière. Le garçon et la fille sourient en levant leurs poings l'un vers l'autre.

Planche 19- le bureau. Une jeune fille est debout devant un homme assis à un bureau, des papiers devant lui. Il la regarde ; elle a une main posée sur le bureau.

Planche 20- le miroir. Un enfant, tournant le dos à l'observateur, est debout devant un grand miroir. Le reflet du miroir est voilé.

Planche 21- l'éteinte. Un homme et une femme sont, debout, tenant chacun les bras de l'autre serrés. Aux pieds de l'homme, il ya un porte-documents. Une fille et un garçon, portant des livres d'école, sont debout après d'une on négative ou absence de résolution.

-Les cinq(05) questions :

1. Qu'est-il en train de se passer ?
2. Que s'est-il passé auparavant ?
3. Que ressent-il/elle ?
4. De quoi parle-t-il /elle ?
5. Comment l'histoire va-t-elle se terminer ?

Cotation

Catégorie de cotation

Le système de cotation du FAT a été conçu pour structurer les réponses en fonction des théories familiales systémiques. Cette cotation permet la formulation d'hypothèses sur le fonctionnement du système familial à partir des réponses d'un seul membre de la famille. Les catégories de cotation, décrites ci-

après, permettent la transcription et la compréhension diversifiée des relations et des processus familiaux.

- **Conflit apparent**

Conflit familial

Conflit conjugal

Autre type de conflit

Absence de conflit

- **Résolution du conflit**

Résolution positive

Résolution négative ou absence de résolution

Définition des limites

Appropriée / adhésion

Appropriée / non-adhésion

Inappropriée / adhésion

Inappropriée / non- adhésion

Qualité des relations

Mère= alliés

Père = allié

Frère / sœur = alliés

Conjoint (e) = alliés

Autre =allié

Mère = agent stressant

Père = agent stressant

Frère / sœur = agents stressants

Conjoint = agent stressant

Autre = agent stressant

Définition des frontières

Fusion

Désengagement
Coalition mère / enfant
Coalition père / enfant
Coalition autre adulte / enfant
Système ouvert
Système fermé

Circulation dysfonctionnelle**Mauvais traitements**

Maltraitance
Abus sexuel
Négligence / abandon
Abus de substances

Réponses inhabituelles**Refus****Tonalité émotionnelle**

Tristesse / dépression
Colère / hostilité
Peur / anxiété
Bonheur / satisfaction
Autre type d'émotion

5-6- l'Inventaire de Dépression (BDI-II) :**➤ Définition**

C'est le questionnaire de dépression le plus utilisé dans la population adulte. Il donne une estimation quantitative de l'intensité de la dépression. Il a été

Étudie auprès des personnes âgées et des adolescents. Plusieurs versions existent, la dernière édition date de 1994 et porte le nom de BDI-II. (Bouvard .M, Cottraux. J, 2002, P.182).

-Mode de passation :

Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant la lettre qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer dans une série plusieurs numéros, si plusieurs propositions lui conviennent. (Bouvard. M, Cottraux.J, 2002, P.182)

La consigne : « ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec son chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti (e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi.si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n°16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe n°18 (modification de l'appétit) »

La cotation :

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 21 items. (Bouvard, Cottraux. J, 2002, P.182)

Classement du niveau de dépression selon Beck :

Notes totale	Niveau
---------------------	---------------

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

6- Déroulement de la recherche :

Notre recherche a déroulé à l'hôpital de Sidi aiche (Rachid Belhocine)

On s'est présenté pour les cas comme stagiaires psychologues dans la cadre d'une recherche pour la préparation de notre mémoire. Ensuite on informe les sujets de notre démarche : on a effectué le test de la famille on s'est achevé 10 minutes puis venue la passation de l'échelle de Beck après 10minutes nous avons effectué un entretien, nous les informons notamment que les résultats vont être utilisés à des fins de recherche tout en gardant leurs anonymats.

Le déroulement de l'entretien et la passation de test est de l'échelle ont effectués en langue « kabyle » la langue maternelle, par contre les cas qui ont un niveau d'instruction élevé et maîtrisent la langue française on a opté pour l'utilisation de l'entretien et le test de la famille (FAT) et l'échelle de BECK et (BDI-II) en version française.

A la fin on a remercie les quatre (04) cas énormément pour leur confiance et participation et leur aide malgré leur fatigue durons la dialyse.

1-La Pré- enquête :

On s'est déplacés au service d'hémodialyse de sidi Aich pour vérifier si nous pouvons trouver notre groupe d'étude.

On a pris contacte avec le groupe de notre étude afin de confirmé sont participation.

On a appliqué le guide d'entretien traduit en dialecte kabyle et le test de FAT et l'échelle de Beck sur deux cas, et on a trouvé que les questions de guide ainsi que la consigne de teste sont clair y en a pas d'ambigüité ce qui nous a permet de réalisé notre étude.

2-Méthode de la recherche :

On a choisi la méthode clinique dont on a appliqué la technique de l'étude de cas.

La méthode clinique :

envisage « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (**Chahraoui.KH,Bénony.H,2003,p11**)

Étude de cas :

Sert à accroitre les connaissances concernant un individu donné. Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretiens, testes projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignages de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique

ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. (Chahraoui.KH, Bénony .H, 2003, p126)

L'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques, la première étape est celle de travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet et la 2eme étape est l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répondant à ces principes fondamentaux. (pédinielli.J.L, 2005, p. 67).

3-Le groupe d'étude :

On a procédé à la sélection de quatre(04) cas qui présentent une insuffisance rénale chronique se sont des adultes de sexes différentes deux hommes et deux femmes dont l'âge varie ente (30à45ans), ou les sélectionnés d'une manière volontaire et ce selon la disponibilité des critères suivants :

- La personne ne doit pas avoir une autre maladie a par l'insuffisance rénale
- La personne ne doit pas avoir un trouble mentale grave.
- La personne doit avoir âge entre (30-45).
- La personne doit avoir de frère et sœur par apport au test du FAT.

2-1-Caractéristique de groupe d'étude :

-Tableau n°1 :

Cas	Age	Situation familiale	Durée de la maladie
1/ Salim	30 ans	Célibataire	3 ans
2/ Karim	37 ans	Marie	3 ans

3/ Samira	45 ans	célibataire	18 ans
4/ Nassima	34 ans	Célibataire	4 ans

Ce tableau récapitule les caractéristique de groupe d'étude ce que nous constitue c'est on quatre (04) cas.

4-Présentation du Lieu et de la durée de la recherche :

Notre recherche est effectuée à l'établissement public Rachid Belhocine (secteur sanitaire de Sidi Aich), en mit en service en1986. Il se situé à 1Km du centre ville de Sidi Aich. Il est lié à l'ancien hôpital qui devenue actuellement poly clinique.

Sa capacité technique est 241 lits, il est composé de 6 services d'hospitalisation.

Les services médicaux :

Pavillon des urgences médicales, Service chirurgie, Service pédiatre, Service maternité, Service urgence médicale, Service médecine, Et une unité pour le centre d'hémodialyse.

Notre recherche est menée dans ce service, il contient 9 machines de dialyse, 7 machines dans une chambre vaste, les deux restes une pour les cas de dialyse en urgence et l'autre pout les malades qui préfèrent se dialyse seul.

Dans ce service il ya chef du service et 6 médecins généralistes et 11 infirmiers, le psychologue, la secrétaire et un agent de technique, 3 agents de service et gestion de la pharmacie et un agent de sécurité.

Notre recherche s'est déroulée entre le 14 Avril et le 31Mai 2015 au service d'hémodialyse.

Alors notre travail de recherche sur le terrain, nous a pris beaucoup de temps a cause de la fatigue des patients lors de la science de dialyse.

5- Les outils de la recherche :

5 -1- L'entretien clinique de recherche :

La pratique de l'entretien avec le patient au avec son entourage permet d'obtenir des informations sur le psychisme de sujet, sachons qu'il n'est pas la seule méthode il peut être complète considérable par d'autres méthodes, son but est diagnostique ou il permet de repérer les symptômes puis les classées et thérapeutique, il instaure une relation qui permettra la prise en charge psychologique et élaboration d'un projet thérapeutique. (**Chahraoui .KH, Bénony. H, 2003, p. 32**)

5-2- L'entretien clinique :

L'entretien est « une forme de communication établit entre deux personnes ayant pour but de recueillir certaines informations concernant un objet précis » (**Grawitz. M, 2001, p.644**).

5-3- L'Entretien semi-directif :

Le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. (**Charaoui. KH, Bénony .H, 1999, p.65**).

Et selon **Castarède** : C'est un entretien qui répond à nos objectifs, ainsi, il se définit comme suit : « un compromis entre l'entretien directif et l'entretien non directif, il rend de grand services dans la recherche lorsqu'il faut comparer les réponses d'un échantillon représentatif ». (**Castarède, 2003, p.93**).

5-4- Guide d'entretien :

Il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Charaoui.KH, .Bénony. H, 1999, p.68).

Notre guide d'entretien est composé de (5) axes. Chaque axe est constitué des questions principale est d'autre secondaires posé pour recueillir des informations possibles sur la dépression et la relation de sujet avec sa famille et leur entourage. Les questions posées sont de type semi directif et directif.

I/ Les informations personnelles.son objectif c'est pour relever des informations personnelles de sujet.

II/ Le vécu psychologique du malade dans le service. L'objectif de cette axe est d'explorer les causes internes avancées par le sujet pour expliquer sa maladie, ses complications et s'il atteint par d'autre maladies.

III/ Informations sur la dépression son objectif a partir de cet axe nous essayons de cerner la possibilité d'existence de la dépression et son degré chez le sujet.

IV/ A partir de cette axe intitulé La dynamique relationnelle avec sa famille nous essayons de savoir les relations de sujet au sein de sa famille et son entourage.

V/ Le regard sur l'avenir. L'objectif de cet axe est de relever les intensions de sujet et de projeter dans l'avenir

5-5- Test de la famille (FAT) :

Le FAT (family apperception test) a été élaborée afin de réunir dans la pratique clinique l'évaluation individuelle et l'évaluation familiale .dans le champ de la santé mentale, et plus particulièrement dans la mise en place de programmes thérapeutiques, la prise en compte des caractéristiques du système

familial est de plus en plus fréquente. il existe malheureusement peu d'instruments cliniques adaptés à l'évaluation des systèmes familiaux .

Le FAT comprend une série de 21 planches. Un manuel et une feuille de cotation .les 21 planches, décrites ci-dessous, mettent en scène des situations ,des constellations et des activités familiales habituelles .elles suscitent un large éventail d'associations projectives sur les processus et les structures familiales ,ainsi que des réactions affectives en rapport avec des interactions familiales spécifiques .

La consigne

« J'ai une série d'images sur lesquelles figurent des familles. Je vais te les montrer une à une. A toi de me dire, s'il te plaît, ce qui se passe sur l'image, ce qui a conduit à cette scène, ce que les personnages pensent ou ressentent et aussi comment l'histoire va se terminer. Utilise ton imagination et, surtout, rappelle-toi qu'il n'ya ni bonne ni mauvaise réponse dans ce que tu diras au sujet d'une image. Je vais noter tes réponses pour que je puisse m'en souvenir. »

Les planches est les cinq questions :

Planche 1 - le diner .un homme, une femme et trois enfants (deux garçons et une fille) sont assis autour de la table du diner .les adultes discutent, alors qu'un seul enfant mange.

Planche 2 -la stéréo. Un garçon agenouillé devant une chaine stéréo tient un disque .un personnage féminin se trouvant au premier plan lui tend un objet rectangulaire.

Planche 3 - la punition. Un garçon est agenouillé à coté d'un vase brisé ; de l'eau et des fleurs sont renversée .Au premier plan, un personnage ambigu tenant un objet tubulaire derrière son dos est tourné vers le garçon.

La planche 4 – le magasin de vêtements .dans un magasin de vêtements, une femme montre une robe à une jeune fille .la jeune fils croise les bras, l'expression de son visage ne peut être discernée.

Planche 5 – le salon .un homme, une femme et un garçon sont assis devant un poste de télévision. Une jeune fille a la main posée sur les boutons de la télévision .un cinquième personnage .debout au fond de la pièce, fait face aux autres, sa main est posée sur la poignée d'une porte entrouverte.

Planche 6- le rangement. Un personnage féminin, debout sur le seuil d'une chambre à coucher, est face à un garçon qui, assit sur le lit, tourne le dos à l'observateur. Un tiroir de la commode est ouvert, un ballon de basket se trouve sur le sol, une chemise et un livre sont jetés sur le lit défait.

Planche 7- le haut des escaliers. Un enfant regarde depuis une chambre à coucher, vers un escalier éclairé. Le lit est défait ; un réveil, posé sur la table de nuit, indique 11 :30.

Planche 8 – la galerie marchande. Une femme et un enfant passent bras dessus, bras dessus, devant un magasin où sont présentées, dans la vitrine, de chaussures ainsi qu'une pancarte : « soldes ». La femme porte des articles dans un sac. Un garçon et une fille marchent derrière eux, souriant et gesticulant.

Planche 9 – la cuisine. Un homme est assis à la table de la cuisine, faisant des gestes avec une main et regardant le bloc-notes qu'il tient dans l'autre main. Une femme, debout devant une gazinière, tourne une cuillère dans une casserole. Sur le pas de la porte, un enfant regarde la scène.

Planche10- le terrain de jeux. Deux garçons en tenue de base-ball sont debout l'un à côté de l'autre. Chacun tient une batte de base-ball, un seul d'entre eux porte un gant. Une partie est en train de se dérouler à l'arrière-plan.

Planche 11 – la sortie tardive. Deux adultes âgés (un homme et une femme) et une femme plus jeune font face à un jeune homme, debout, dont la main est posée sur la poignée d'une porte qui mène au dehors. Il désigne une pendule qui indique 21h. La lune apparaît à travers une fenêtre.

Planche 12- les devoirs. Une jeune fille, tournée vers l'observateur, est assise à un bureau, un crayon à la main ; devant elle, un livre et un cahier sont ouverts. Un homme, et une femme sont debout derrière elle et regardent par-dessus son épaule.

Planche 13-L'heure de coucher. Un personnage ambigu est assis dans le lit ; un homme, assis sur le lit également, est tourné vers lui. L'homme a une main posée sur la cuisse du personnage, son autre main est posée sur ses propres genoux.

Planche 14- Le jeu de balle. Un homme et un jeune garçon sont debout, face à face. Ils ont des gants de base-ball et une balle. Sous un porche, un autre garçon et une jeune fille les regardent. L'entrée principale de la maison est ouverte.

Planche 15- le jeu. Deux garçons et une fille sont assis autour d'un plateau de jeux de société, à côté d'un arbre de Noël. Un personnage féminin les regarde, debout. À l'arrière-plan, un autre personnage, allongé sur un canapé, tient un livre ouvert.

Planche 16- les clefs. Un homme et un garçon sont debout devant une voiture. Le garçon montre la voiture d'une main alors qu'il tend l'autre main vers l'homme. L'homme tient un jeu de clefs.

Planche 17- le maquillage. Un personnage féminin se met du rouge à lèvres en se regardant dans le miroir d'une salle de bain ; une autre femme, debout près de la porte, lui fait face.

Planche 18- l'excursion. Un homme et une femme sont assis à l'avant d'une voiture. Un garçon, une fille et un troisième enfant sont assis à l'arrière. Le garçon et la fille sourient en levant leurs poings l'un vers l'autre.

Planche 19- le bureau. Une jeune fille est debout devant un homme assis à un bureau, des papiers devant lui. Il la regarde ; elle a une main posée sur le bureau.

Planche 20- le miroir. Un enfant, tournant le dos à l'observateur, est debout devant un grand miroir. Le reflet du miroir est voilé.

Planche 21- l'éteinte. Un homme et une femme sont, debout, tenant chacun les bras de l'autre serrés. Aux pieds de l'homme, il ya un porte-documents. Une fille et un garçon, portant des livres d'école, sont debout après d'une on négative ou absence de résolution.

-Les cinq(05) questions :

1. Qu'est-il en train de se passer ?
2. Que s'est-il passé auparavant ?
3. Que ressent-il/elle ?
4. De quoi parle-t-il /elle ?
5. Comment l'histoire va-t-elle se terminer ?

Cotation

Catégorie de cotation

Le système de cotation du FAT a été conçu pour structurer les réponses en fonction des théories familiales systémiques. Cette cotation permet la formulation d'hypothèses sur le fonctionnement du système familial à partir des réponses d'un seul membre de la famille. Les catégories de cotation, décrites ci-

après, permettent la transcription et la compréhension diversifiée des relations et des processus familiaux.

- **Conflit apparent**

Conflit familial

Conflit conjugal

Autre type de conflit

Absence de conflit

- **Résolution du conflit**

Résolution positive

Résolution négative ou absence de résolution

Définition des limites

Appropriée / adhésion

Appropriée / non-adhésion

Inappropriée / adhésion

Inappropriée / non- adhésion

Qualité des relations

Mère= alliés

Père = allié

Frère / sœur = alliés

Conjoint (e) = alliés

Autre =allié

Mère = agent stressant

Père = agent stressant

Frère / sœur = agents stressants

Conjoint = agent stressant

Autre = agent stressant

Définition des frontières

Fusion

Désengagement
Coalition mère / enfant
Coalition père / enfant
Coalition autre adulte / enfant
Système ouvert
Système fermé

Circulation dysfonctionnelle**Mauvais traitements**

Maltraitance
Abus sexuel
Négligence / abandon
Abus de substances

Réponses inhabituelles**Refus****Tonalité émotionnelle**

Tristesse / dépression
Colère / hostilité
Peur / anxiété
Bonheur / satisfaction
Autre type d'émotion

5-6- l'Inventaire de Dépression (BDI-II) :**➤ Définition**

C'est le questionnaire de dépression le plus utilisé dans la population adulte. Il donne une estimation quantitative de l'intensité de la dépression. Il a été

Étudie auprès des personnes âgées et des adolescents. Plusieurs versions existent, la dernière édition date de 1994 et porte le nom de BDI-II. (Bouvard .M, Cottraux. J, 2002, P.182).

-Mode de passation :

Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant la lettre qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer dans une série plusieurs numéros, si plusieurs propositions lui conviennent. (Bouvard. M, Cottraux.J, 2002, P.182)

La consigne : « ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec son chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti (e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi.si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n°16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe n°18 (modification de l'appétit) »

La cotation :

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 21 items. (Bouvard, Cottraux. J, 2002, P.182)

Classement du niveau de dépression selon Beck :

Notes totale	Niveau
---------------------	---------------

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

6- Déroulement de la recherche :

Notre recherche a déroulé à l'hôpital de Sidi aiche (Rachid Belhocine)

On s'est présenté pour les cas comme stagiaires psychologues dans la cadre d'une recherche pour la préparation de notre mémoire. Ensuite on informe les sujets de notre démarche : on a effectué le test de la famille on s'est achevé 10 minutes puis venue la passation de l'échelle de Beck après 10minutes nous avons effectué un entretien, nous les informons notamment que les résultats vont être utilisés à des fins de recherche tout en gardant leurs anonymats.

Le déroulement de l'entretien et la passation de test est de l'échelle ont effectués en langue « kabyle » la langue maternelle, par contre les cas qui ont un niveau d'instruction élevé et maîtrisent la langue française on a opté pour l'utilisation de l'entretien et le test de la famille (FAT) et l'échelle de BECK et (BDI-II) en version française.

A la fin on a remercie les quatre (04) cas énormément pour leur confiance et participation et leur aide malgré leur fatigue durons la dialyse.

1/ Présentation et discussion des résultats :

1-1- Présentation du 1^{er} cas :

« **Salim** » est un homme âgé de 30ans, fiancé, souffrant d'une insuffisance rénale chronique (**IRC**) depuis 3ans. Notre sujet a un niveau d'étude de 6^{eme} année primaire, il est de taille moyenne il est presque souvent souriant malgré sa maladie.

« **Salim** » vit avec sa famille dont il est le plus petit, d'une fratrie de 05 enfants, Il est le seul malade dans sa famille.

1-2- Présentation et discussion de l'entretien semi directif :

Pendant l'entretien, Mr « **Salim** » était ouvert, il parlait librement et c'est comme s'il voulait s'exprimer pour se soulager.

Le début de la maladie (**IRC**) de notre patient, remonte à l'année 2012, après avoir eu une hypertension sévère qui a causé par un grand problème entre lui et sa fiancée, elle à trahie avec un autre, deux heure plu tard il à été hospitaliser, c'était dur pour lui parce que c'est à cause de la femme qui a toujours aimée et souhaité de terminer sa vie avec elle, pour cela il dit : « **sa ma fait mal de rentrée a l'hôpital mais se qui ma fait beaucoup mal s'est la cause de mon hospitalisation qui ma toucher, et en plus de ça je ne supportait pas de rester à l'hôpital** », et il dit : « **maintenant je me suis habituer avec le temps et je vois maintenant l'équipe soignante comme ma 2em famille, ils prend soi de moi ils me comprend, il m'aide à dépasser ma souffrance** »

Quand on à lui posé la question s'il est atteint d'autres maladies il a dit « **xati la3mart ur ahlika armi halkagh tigezaliw** », « **je n'ai jamais été malade a part l'insuffisance rénal** »

Et on lui a demandé s'il a déjà subie une intervention chirurgicale avant, il a répondu : « **xati ur xdimagh-ara lopiration la3mart zrigh sbitar nagh helkagh lahlak grav jamais..., zik ligh bien uriyugh kra** », « **non je n'ai jamais subie une intervention chirurgicale je n'ai jamais été hospitalisé ou tomber malade, avant j'étais bien en bonne santé** ». Là on a constaté que notre patient était un peu triste quand il a répondu sur cette question, il s'est rappelé de son ancienne quand il était en vie bonne santé.

Et on lui a posé la question s'il ya d'autres personnes dans sa famille atteinte de la même maladie, il nous a répondu toujours avec tristesse et il a dit : « **hed ur ihlik hacha nek ichichan** », « **non ils sont tous en bonne santé sauf moi, je souffre de cette maladie** »

Mr « **Salim** » a subit après l'annonce de sa, maladie (IRC) un grand choc, il était triste et découragé, et on a constaté une modification dans ces habitudes (sommeil de l'appétit...etc.) A propos de ça il nous a dit : « **asmi 3lmagh s lahlakiw xel3agh, hesnagh, décourager, d nettat iyixedmen aka txed3iyi yarna nekini ligh sérieux yides tarwiyi lhayattiw** », « **quant j'étais informé de ma maladie j'étais choqué, triste et découragé, c'est elle qui m'a fait ça. Elle m'a trahi alors que j'étais sûr avec elle, elle m'a gâché mon avenir** »

Puis on lui a posé la question quel est son sentiment quand il a été hospitalisé pour la première fois il a répondu : « **toujours tikelt tamenzut te3ar deg kelec 3ad l'hospitalisation f lahlak am magi y nu, twatucigh atas, perturber ak, mal alaise, hazenagh, hussaghed ak iwayen n diri ussan ni** » « **toujours la première fois est difficile dans tous les cas à l'occasion de l'hospitalisation avec une maladie grave comme la mienne, ça me fait mal au cœur, j'étais perturbé, mal alaise, triste tous les mauvais sentiments je les ai ressentis pendant cette période** » là on constate que notre patient projette son passé.

On l'a interrogé s'il ya un changement dans son mode de vie après la maladie : ses habitudes, son comportement, ça profession, ses projet, travaux par exemple, il a dit : **« bien sur kra ur itghama aken ila kelec ybedel les habitudes ynu ; zik tefghagh kul tamedit tura kati, kedma ynu jight , les projet ynu jighen axatar 3lmar ur tenxeddemagh-ara ur s3igh ni le mora ni la force aken ad xedmagh kra »**, **« bien sur rien ne reste comme il est, tout change mes habitudes ont changé ; d'habitude je sort chaque après midi, mais actuellement non , ma profession je l'ai abandonné, mes projets je les ai laisser car je sais que je ne pourrai les réaliser, j'ai laissé tout par ce que je n'ai ni le moral ni la force à faire quoi que se soit»**. La on à constater que notre patient est désespéré, il a tout bondonné.

Concernant cette question qu'on a poser qui est la suivante : D'après vous quels sont les causes de votre maladie ; on a constaté que Mr **« Salim »** accuse sa fiancé comme la cause de sa maladie et il voit qu'il est victime de cette femme, pour cela il à dit : **« d nettat id seba n culec d nettat iyiran aka tessawdiyi ar sbitar la3mar i snagh dacu id lahlak yarmi itesnagh, tarwiyi lhayatiw tebiyi sehaw, ur yiteji kra »**, **« c'est elle qui ma fait ça, j'éte hospitalisé a cause d'elle, je n'ai jamais été malade ,elle ma gâché ma vie ,elle a volé m'a santé, elle m'a rien laisser »**. On constaté aussi dans se passage le dysfonctionnement familiale que perçois notre patient.

Pour cette question que pensez-vous de l'hémodialyse on constat un peut que notre patient est optimiste malgré sa souffrance pour cela il à dit : **« twaligh la dialyse agi d la solution l3ali ighijan n t3ic arma d assagi ilak aklagh nemut achalaya »**, **« je voit que la dialyse est une bonne solution, grâce à elle qu'on est là, vivant »**

On lui a demandé de nous dire comment il ressent au moment de la dialyse, il a dit : **« thusughed a3yigh, dégouté axatar wlac dacu aratxedmed aken adi3edi**

Iwakt, ma3na lukan ur d netruh ara anesufri anahlek », « je me sens fatigué, dégoûté, car rien à faire, mais si on Vien pas, on va souffrir».

On a parlé aussi sur la tristesse et on a lui demandé s'il ressent de la tristesse et comment il la ressent, donc il à dit **« tsemred adinid presque toujours heznagh axatar wlac dacu ur nessahzan ara atwalid ssaha ynek truh gar yid dawas athezned kan, ma kimagh wahdi ad txemimagh heznagh, ma yhedriy-id hed f lhalaw heznagh tzemred adinid t3icagh yides », « on peut dire que tout le temps je suis triste comment voulez vous que je ne serait pas triste au moment ou j'ai perdu ma santé soudainement, quand je suis seul je pense et je réfléchit jr me trouve triste quand je parle avec quelqu'un sur ma situation je ressent cette tristesse on peut dire que je vie avec elle ».** C'est là où on constaté le symptôme de la dépression dans son discoure et la façon avec la qu'elle il parle.

Et pour la fatigue il à dit : **« presque 3yugh tout le temps maci am zik », « je suis presque tout le temps fatigué ce n'est pas comme avant ».**

On lui a dit aussi s'il préfère rester seul ou pas, il nous à dit ; **« ur thibigh ara ad kimagh wahdi tkemimagh haca f ayen isakzanen tkelikagh ur zmiragh ara », « je n'aime pas rester seul par ce que je pense qu'aux choses qui me rendent triste, je me sens stresser ».**

Pou sa relation avec sa famille on a posé la question est ce que sa relation avec sa famille à changer il a dit : **« bien sur a prés ma maladie tout a changé ».**

« Salim » nous à avoué qu'après sa séparations avec sa fiancée il a détesté tout, il a une mauvaise image sur les femmes,il n'a pas de confiance en elles **« juste après cette action que j'ai vue se jour là je ne leur fait pas confiance, elle m'a poussé a douter même de ma mère ».**

On a demandé si ses parents se disputent il à répondu brièvement ; « **am twaculin ak wlac axxam u netnagh –ara a prés aduralen aken llan** » « **comme toutes les familles il y a toujours des petites disputes puis tout va s’arranger** ».

Salim nous a parlé sur ses frères et sœurs et sa relation avec eux pour cela il a dit : « **s3igh snat yessetma d sin wayetma, ur netnagh ara axatar zewjen ak wlaciten ma d zik netnagh tikwal kanaka yarna maci mlih** », « **j’ai deux sœurs et deux frère ils sont tous mariers je ne me dispute pas avec eux** », « **quand on été petit on disputé mais sur les choses bête** ».

Pour le soutien « **tawacultiw t3awniyi mlih fhamniyid 3awnen-iyi s wayen izemren** » « **ma famille ma toujours se tenu ils été toujours compréhensif, ils m’on aider avec tout leurs moyen** »

On à parler aussi sur les visite il nous a dit qu’il à recevait beaucoup de visites quand il été hospitalisé, c’est tout le monde qui est venu pour le voire ; » **ruhand ak ghuri yiwen u rikim ur diruh ara** ».

A propos de sa relation avec son entourage avant et après la maladie il a dit : « **kelec yela bien wekbel ad helkar ma tura lahbabiw ur tzarar- ara toujour imawlaniw ahat 3yan g les problèmes-iw kelec yenbedel** », « **tout a changé, avant tout allait bien, maintenant tout est changer mes amis je ne les voix pas comme avant, ma famille je pense qu’ils sont dégouté de mes problèmes qui ne termine pas** ».

A propos de notre question sur l’avenir il nous à dit « **pour mon avenir je pense à rien, je vais continuai comme ça ma vit j’jusqu’à la mort** ».

1-3-Présentation et analyse du protocolede (FAT)

Planche 1- « **ad as t-inid les handicapés..... D la famille, atan artabla argas-ni tmetut-ni ttnaghen,aqcic-ni tqcict-ni ur senya3jib-ara lhal** ».

« On dirait des handicapés c'est une famille, ils sont à table le père et la maman dispute, le garçon et la fille sont triste ».

Planche 2- « d takusint, aqcic d yemma-s tettbahdilit l3in dacu igaxdem. ».

« C'est dans la cuisine, l'enfant et sa mère elle le blâme il a fait quelque chose. »

Planche 3- « helken nagh !argaz ived wayed yekna ad-ijmaa ddjaj-ni, ur sixeddem wayra, yahlek. »

« Ils sont malades ?, un homme debout et un autre accroupie il ramasse les morceaux du vase, il ne va pas le punit, il est malade. »

Planche 4- « ddayi d lqech, thaqchich-ayi thethibi thihena d leversa atan t3jbas arobayagi d yema-s is-tidyktharen »

« Ici c'est les vêtements, cette fille aime bien le chopping et les vêtements cette robe lui plais, c'est sa mère qu'il a choisie. »

Planche 5- « ttfarijen la télévision en famille aqcic-agi haca idebed g bara »

« Ils sont entrain de regarder la télévision en famille ce garçon vien de rentrée »

Planche 6- « atan deg thaxxamt, aqchich-ayi yevgha a digen maana thaxxamt tharwi, thameteth-ni tett3gid f mis f lhala texxamt-ni »

« Ils sont dans la chambre, le garçon veut dormir mais la chambre n'est pas ranger, la maman le blame sur cette état de la chambre. »

Planche 7- « athan ived ,ifasn-is flhid, yetalay lhid-ni yugad,yetkelek axatar yesla iw-menghi daghen. »

« Il est debout, les mains sur le mure, il regarde se mure..... il a peur, il est stresser, il entend le sens d'une dispute encor une fois. »

Planche 8- « atan lwahid, atan vedden, thaqchichth-ni thatallay aqchich-ni, aqcic-agi abstuh d mis gemas ».

« Ils sont ensemble, ils sont debout, la fille regarde le garçon, se petit garçon et très attacher a sa maman ».

Planche 9- « tamettet-a thexxedm-ed lfaddur, argaz-ni yetteghawal, yeluz, ur-dhega walu aad, aqchich yetwali imawlan-is ttnaghen, argaz-ni yetkalek ».

« La femme est entraine de préparer le diner, le père est presser, il a fin, elle a rien préparé encor, le garçon regard ces parents dispute, le père est presser d y aller. »

Planche 10- « assthinid d lgirra, am lgira-ni n zik-ni ».

« En dirait c'est la guère, c'est comme l'ancien guère ».

Planche 11- « aqchich, argaz ,tamettut, amghar, aqchich-a yehadar f saa, yevgha ad-igen ».

« Un enfant, le père, la mère, le grand père, le garçon parle de l'heure, il veut dormir ».

Planche 12- « thaqchich-ayi theghar lekran, yerna thettxamim, vava-s yettaawanit yessefhamazed. delaalith lucran , yessifssus arruh »

« La fille lit le coran, elle pense aux même temps, son père La aide il lui explique. Il est bien le coran est bien il apaise l'âme »

Planche 13- « attan deg –ussu, athan yehadr-as, yettsaltitt wakila, attan thahzen axxatar ur tikenaa-ara wargaz-is tahzen, ttemekthayard thakdivth-iw imi iyithaxxedaa d wayed, udem agi yesmakthay-i-yid yes axxatar thendem fayen i-thaxdem, tetal-iyid am utili agi. »

« Elle est dans le lit, il lui parle il la blâme je pense, elle est triste par ce que il la pas satisfaite, elle est triste, sa me rappel ma fiancée, quand elle ma trahie avec un

autre, se visage me rappel d'elle, par ce qu'elle a regretté et elle ma regarder de la même façon »

Planche 14- « thaqchich-ayi thedlak, aqchich-ayi yekim atan yefka3, ssin-ayi tturaren, atan deg jardin »

« La fille est allonger, le garçon assis est énerver, les deux joue, ils sont au jardin »

Planche 15- « thelatha-ayi tteraren, yemath-sen thetalayiten s lefka3at tenayasen ruhet attaghrem, wayi yedlak »

« Les trois enfants joues, la maman les regarde méchamment elle leur dit aller réviser, l'autre allongé »

Planche16- « yekaras fekiyid thissera n tumebil, vava-s ur yevgha-ara, axxatar haçça netta ig seaa, yegad athyagh kra »

« Il lui demande la clé, le père ne veux pas par ce qu'il a que lui, il ne veut pas le perdre »

Planche 17- « thettmakeyi, thayed thehedrazed, hedret tekaras bezaf atan nurent f ljala lmakiage agi»

« Elle se maquillé et l'autre lui parle, elles parlent elle lui dit c'est trop elle se dispute a cause de se maki âge »

Planche18- « atan en famille, ttehawissen, thameteth-ni thefkaa,ur thevgh-ara athawes, thevgha atreh axxam-n-sen,thikchichin-ni daren fekaant,argaz-ni yegema xxati thetelv-as lhaja yguma,thakchicheth-ni therebaa ifasen-is , la famille –ayi feqaan yela u problème »

« Ils sont en famille, en promenade, la femme est en colère, elle ne veut pas y aller se promener, elle veut aller chez ces parents, les filles aussi sont en colère, le père n'est pas d'accore Non elle lui a demandé une chose et il a refusé, la fille à croiser ses bras, cette famille est énerver il ya un problème ».

Planche 19- « argaz yhedar d yelis yekaras dacu yir tnekdin-agi idebid akasefahmiyid dacu id seba ».

« L’homme parle avec sa fille, il lui demande pour quoi ces mauvaises note, explique moi la cause »

Planche20- « athan en face ilmri, yetkhemim yrna yhedar wahdes, axatar yesaa les problèmes, axatar mara thedigutid athedred, attetxemimed kan, yettxemim f kelech, yettxemim adixdem axxam, tametteth ma ur ttefar- ara atxemed amek ara- tezred-tt, yettxemim ma ad-yaf tamettul ur-thenxeda_a_ara umbaad, adixdem kelech feljal_is aken atisefrac »

« Il est en face d’un miroir, il pense et il parle tout seul car il à des problèmes, car quand tu es dégouté, tu va parler, tu va pensée tout le temps, il pense à tout, il pense à construire une maison, la femme quand elle est condamnée, elle ne peut pas sortir, tu va pensée comment faire pour la voir, il pense s’il trouvera une femme fidèle, pour sacrifier tout pour son bonheur. »

Planche 21- « aqchich-ni yetef a classeur, taqchich-ni thetalay anda niden. Sin-ayi niden tamettut-ni thethelilith axxatar thethibith, netta xati, yevgha attyej,nettath thenum-ith, netta daghen yetthibitt maana ylak atyej nif-is ur-sisemh-ara adikim yides. »

« Le garçon port un classeur, la fille regarde Alleur. Les deux autres la femme le supplie, car elle l’aime, lui il l’aime pas, il veut la quittée, elle est très attaché a lui. Lui aussi il l’aime mais il faut qu’il la quitte, sa dignité ne lui permet pas de rester avec elle. »

Comment l’histoire va-t-elle se terminer ?

Thezrid snath-ni les photos this 13d ttis 21 touchint-iyi mlih axatar argaz-ayini yevgha adyej tamettuth-ni laana ur- yezmir-ara mazal yetthibitt, marra thethhibid wa dafed imanik thettwaxedaad karih wul. Nek ass amenzu gittetfagh d wayed

ykarhiyi lhal ttwatechigh axatar hacha lxxir xdemgh-asth sacrifyigh atas lahwayej feljalis kriv nneghar d wexxam-nagh lahdur meden sarahgh-as atghar atless aken d menna kelech xdemghas-th,.....thendem maana yefeth lhal. »

Tu sais les deux photos la 13^{em} et la 21^{em} ma beaucoup touché par ce que cet homme la veut quittée cette femme mais il ne peut pas il l'aime encore, quand tu aime et tu te trouva trahie sa fait mal au cœur. Moi le 1^{er} jour que je l'ai attrapée avec un autre sa ma fait mal sa ma touché par ce que je lui fais que du bien j'ai sacrifié pas mal de chose, a cause d'elle j'ai risqué ma relation avec ma famille mes principe, je lui laisser continuer ses études elle s'abeillier comme elle veut même si ma familles été contre, je lui tous fait,..... Elle à regretté mais c'est trop tard. »

Analyse de protocole de FAT pour le cas de « Salim » :

A partir du protocole de « **Salim** » on propose l'analyse suivante :

I/ le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration d'hypothèses de travail valides ?

Le protocole de « **Salim** » long et claire car, il n'ya pas de refus né des réponses inhabituelle.

II/ Y a-t-il présence de conflit ?

L'index général de dysfonctionnement présente une note modère (37) suggèrent la présence apparents et non résolu a l'intérieure de cette famille.

III/ Dans quel domaine le conflit apparait-il ?

D'une manière assez intéressante, le protocole de « Salim » fait état d'un niveau très élever de conflits familiaux (n=10) par apport aux conflits conjugaux (n=03) et un faible niveau de conflits extra-familiaux (n=01), ces observations suggèrent une présence de conflit de cette famille a fonctionner efficacement avec le monde extérieur (extra-familial). Et la faible note de conflit conjugal (03) peut être interpréter soit la relation conjugale est très distante au point y'en on pas de relation affective entre le couple, ou ce dernier assai de projeter leurs propre conflits sur les autres membres de la famille (n=10) et ils ont désigne « **Salim** » comme étant leur problème pour masquer leurs conflits conjugaux.

IV/ Quel est le mode de fonctionnement caractéristique de cette famille ?

L'analyse des indices de fonctionnement familial nous renseigne sur le score relationnel dans cette famille. Le grand nombre de thématiques résolutions négatives (n=13) peut suggérer et créer un climat chargé d'angoisse, de communication pathologique. Ces observations nous menant à dire que la

dynamique de cette famille est basée sur le mécontentement des parents et l'insoumission des membres aux règles.

V/ Quelles pourraient être les hypothèses liées à l'apparente qualité relationnelle au sein de la famille ?

Les indicateurs de la qualité relationnelle familiale suggèrent que la tristesse est la colère et présente dans ce protocole (n=04), les parents sont perçus comme générateurs de stress que comme des alliés, mais cette famille favorise d'exprimer ses émotions à l'extérieur de la famille système ouvert (04) fermé (00), tout sa pour permettre au système familial d'extérioriser les angoisses et le stress perçue pour ne pas s'explodes mais d'une manière immature. Autre agent stressants (00).

VI/ Quelles sont les possibles hypothèses relatives aux aspects relationnels systémiques au sein de la famille ?

L'analyse de protocole indique que cette famille fonctionne d'une manière fusionnelle et immature, à partir de cette hypothèse le faible niveau de conflit conjugale (n=03) par apport au conflit familial (10) suggère que les membres de la famille ne soumettent pas aux règle des parents ce qui créer des angoisses et du stressés à l'intérieure de cette famille dont les résolutions négatives avec la présence de membre allie (jalousie, crainte) contre la projection des conflits conjugaux.

VII/ Ya-t-il des indices d'inadaptation majeure ?

Ce protocole ne contient pas des réponses faisant allusion à la maltraitance physique.

VIII/ Existe-t-il, dans ce protocole, des thématiques qui contribuent à la formulation d'hypothèses cliniques utiles ?

L'analyse des notes obtenue dans ce protocole du FAT suggèrent que les réactions émotionnelles elles de la mère organisent la dynamique familiale avec un relationnel très immature ce qui peut influencer « Salim » à s'individualiser on sein de cette famille ce qui peut engendrer en il des sentiments de peur, haine, tristesse face aux conflits et face au caractère fusionnel de sa famille. Sa dépression est mise en relation avec sa lutte familiale.

1-4-Présentation et analyse de l'échelle de la dépression BECK (BDI II) :

la présentation des résultats de l'échelle de cas « Salim »

N°d'item	items	cotation	Expression
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou malheureux que ce ne soit supportable.
02	pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer
03	Echec dans le passé	3	j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaise habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement.
06	Sentiment	0	Je n'ai pas le

	d'être puni		sentiment d'être puni(e).
07	Sentiment négatifs envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
08	Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâmai pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
09	Pensées ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mai je ne le ferais pas.
10	Pleurs	1	Je pleure plus qu'avant
11	Agitation	3	Je suis si agité ou tendu que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
12	Perte d'intérêt	3	j'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour que se

			soit.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures tard et je suis incapable de me redormir.
17	irritabilité	3	Je suis constamment irritable
18	Modification de l'appétit	1a	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
20	fatigue	1	Je me fatigue facilement que d'habitude.
21	Perte d'intérêt pou le sexe	-	
Score		32	
Degré de dépression	Sévère		

Tableau n°1 : résultats de l'échelle de Beck cas

L'analyse de l'échelle de Beck de cas de « Salim » :

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de **Beck BDI-II**, Mr « Salim » a mis 25mn pour reprendre aux questions de l'échelle.

Ce patient manifeste une dépression sévère, selon le manuel de **Beck BDI-II**, d'un score de **32**, selon les notes qu'on a obtenu dans ces repenses selon le **BDI-II**.

L'analyse des résultats de l'échelle de **Beck BDI-II** a montré que notre patient a (**6**) repense de degré (**0**) dans les items suivants : **items N° 05** et **N° 06** sur le sentiment de culpabilité et sentiment d'être punit, à **l'item N° 07** et **N° 08** sur le sentiment négatifs envers soi-même, et sur l'attitude critique envers soi, et à **l'item N° 13** et **N° 14** sur l'indécision et sur dévalorisation.

Puis il à obtenu (**05**) repense de degré (**01**) dans les item suivants : **l'item N° 09 ET N°10** sur pensées ou désire de suicide et sur pleurs, à **l'item N° 18** et **N°19** et **N° 20** sur les repenses suivantes ; modification de l'appétit, difficulté à se concentrer, et sur la fatigue.

Pour le degré de (**02**), il ya pas de réponse coté de score **02**

Et en fin pour le degré de (**03**), il à obtenu (**09**) repense dans les **items** suivants : **item N°01** sur la tristesse, **N° 02** sur le pessimisme, **N° 03** sur l'échec dans le passé, **N° 04** sur la perte de plaisir, **N°11** sur l'agitation, **N° 12** sur la perte d'intérêt , **N° 15** perte d'énergie , **N° 16** modification dans les habitudes de sommeil et **N°17** sur l'irritabilité.

Synthèse de cas :

A travers la discussions de l'entretien clinique et l'analyse du test de la famille (FAT) et l'échelle de Beck (BDI-II) on a constaté que « Salim » perçoit que son système familial est caractérisé par les conflits résolution négative et aussi il souffre d'une dépression.

2- Présentation et discussion des résultats :

2-2- Présentation du 2^{em} cas :

« **Karim** » est un homme âgé de 37 ans, marié et père d'une fille, souffre d'une insuffisance rénale chronique (IRC) depuis 3ans. C' était un informaticien, il est de taille moyenne, il est d'une humeur un petit peut triste

« **Karim** » vit avec sa famille dont il est l'ainé, d'une fratrie de 05 enfants, Il est le seul malade dans sa famille

2-2-Présentation et discussion de l'entretien semi directif :

Pendant l'entretien, Mr «**Karim** »n'était pas vraiment ouvert, il parlait avec une grande tristesse.

A l'entretien Mr «**Karim** » nous à informé qu'il est atteint d'une insuffisance rénale chronique, depuis 3ans, il avait une tension artérielle (HTA), qu'il na pas soigner à temps, qui à causée cette insuffisance rénale.

Et a propos d'autres maladies il a dit : « **ur s3igh ara lahlakat nayed la win n grave la win n chronique, haca abahri, g cetwa, a part ça ur s3igh kra** », « **je n'ai pas d'autres maladie grave, ni chronique a part cette maladie, et a part le rhume qui n'est pas grave pendant l'hivers et de temps en temps pas toujours, a par ça non** ».

On l'a interrogé s'il a déjà subie une intervention chirurgicale avant, il a répondu : « **xati la3mart ur xdimagh l'opération,aken im denigh yakan, a part lhlak agi ur s3igh walu, ligh bkir** »,« **non je n'ai pas subi d'opération comme je te dit que avant a part cette maladie je n'ai rien, j'éte en bonne santé** », et il est le seul malade dans sa famille.

Concernant sa réaction après l'annonce de son diagnostique, c'est un grand choc pour lui par ce que c'est la première fois dans sa vie qu'il fait face à cette situation, il était triste et découragé, il nous à dit : « **as amenzu gi 3elmagh s lahlakiw chiquer, dégouter, haznagh, twaligh lhayatiw ur s3i lma3na, trajugh lmutiw axatar maci d lahlak ig helun, twaligh amin ikecmen g lghar mebla tufra** », « **la 1^{er} fois quand le médecin ma annoncé ma maladie j'éte choqué, découragé, triste, j'ai perdu le sens de la vie, j'attend ma mort par ce que c'est une maladie qui ne se guérie pas.** » et « **je me vois comme si je suis dans un tunnel sans issu, pour moi l'issu c'est la mort** »

». Là on a constaté que notre patient souffre vraiment et il est vraiment déprimé.

Il a été hospitalisé pour la 1^{er} fois dans sa vie, pour cela il nous à dit : « **g lhayattiw ur hcimagh ar sbitar haca ma ruhagh ad zragh hed yinwas kan ufighed imaniw g sbitar yarna kimagh atas ,yu3riyi lhal mlih, ur numagh ara tghamagh ur kedmagh kra, mebla ma harka** », « **durant tout ma vie je ne suis pas rentré à l'hôpital même pour une consultation, sauf la visite des malade, et un jour je me suis trouvé hospitalisé pour une longue durée et pour une maladie grave que je n'ai jamais imaginé c'était vraiment difficile pour moi de rester sans rien faire, sans bougé tout la journée** »

On lui a posé la question s'il à constaté un changement dans son mode de vie après la maladie, ses habitudes, son comportement, sa profession, ses projet, travaux...etc.il a dit : « **bien sur yela changement zik ligh kedmagh, s3igh les projets ynu, a lors que turra jigh kulec ur zmiragh ad kedmagh kra ,yarna wlac am3elem ara yeskedmen yiwen yahlek ad ittghama teltiam g smana, donc bondonner kulec, klagh tkelikagh ttefka3agh rapid** », « **bien sur qu'il ya un changement , quand j'éété en bonne santé, je travail, j'ai des projets à faire a lors que maintenant j'ai tout laisser je ne peut rien faire, d'abord je travail pas, ya pas un patron qui va accepté emboucher quelqu'un qui est malade et qui va s'absenté 3 fois dans la semaine, donc j'ai abandonné tout, je suis devenu très nerveux toujours stressé** »

On lui a demandé quel est la cause de sa maladie il a dit : « **s3igh la tension ur tteswanigh ara yarmi dasmi iyi tsekcem ar sbitar** » « **j'ai une hypertension que je n'ai pas soigné et elle augmenté de plus en plus jusqu'à le jour où je sius tombé vraiment malade, et on m'a hospitalisé** »

On lui a demandé son avis a propos de la dialyse et son sentiment au moment de la dialyse il a répondu brièvement « **c'est une bonne solution** »

Pour la tristesse il à dit : « **usan ni imezwura heznagh toujours a prés klagh numagh** », « **les premiers temps j'éété tout le temps triste dégouté, puis j'ai commencer à m'habituer** ».

Pour la fatigue il est presque toujours fatigué pour cela il nous a dit : « **presque toujours a3yigh ur zmiragh ara ad kedmagh ayen yu3ren g la journée ganagh achal divarda maa d yid yetta3riyi yides yarna ur thibigh ara ad himagh wahdi ttxemimagh haca fayen issahsanen** » « **je me sens presque toujours fatigué je ne peux pas faire de grand chose, je dors plusieurs fois dans la**

journée, la nuit je ne peux pas dormir c'est ce qui me dérange le plus par ce que je n'aime pas rester seule ? Je pense qu'a des chose qui me plais pas et qui me rendent triste».

A propos de sa famille il dit qu'il ya une sensibilité dans leur relation, il se sent toujours gêné et il voit qu'il le regarde avec pitié, donc il est souvent touché et énervé a cause de leur comportements il dit : **« ur thibigh ara mara yidekaren kdem aka ur kedem ara aka axatar zik yiwen ur i3lim yissi, yarna thussu amaken 3almen ad amtagh tudun-iyi g lebghi », « je n'aime pas quant il insiste sur les choses et quand ils me disent fait ça, ne fait pas ça alors qu'avant personne ne s'intéressait à moi, ils confirment mon idée que je vais mourir bientôt »**

Dans cette question on constat une résistance par rapport a la question précédente on lui a demandé de nous dire qu'elle est la nature de sa relation avec sa famille et il a dit : **« la relation ynu d l3alit dimawlaniw », « ma relation est bonne avec mes parents »**

Et on a lui posé la question si c'est parents se disputent et comment ils règlent leurs disputes il à répondu **« am les algériens ak ad naghén ad klen amaken urili kra, ur tessawaden ara ar inebran », « comme tout les familles algérienne des petites disputes, puis ils continuent comme si de rien était, on se trouve pas dans une situation de divorce»**

On lui à demandé s'il a des conflits avec ces frères et sœur il a répondu **« d nek i damekran tssayigh ad dominigh nutni ur s ni3ejb-ara lhal , tilin lkilafat gar anagh », « je suis le plus grand donc j'essaie toujours de marquer ma présence ce qui les rend mal alaise , donc on a toujours des petits disputes »**

A propos de notre question sur l'avenir il nous à dit : **« la plupart du temps je ne pense qu'à la mort et des fois je change d'idées quand je pense a la possibilité d'une greffe rénale ça me rend l'espoir de vivre, mais se n'est pas tout le temps »**

Pour le soutien familiale il à dit que : **« tawacultiw tet3awaniyi mlih au point thussugh jinighen amaken kedmen lwajeb nsen kbel ad mtagh » « ma famille me soutien au point où je me ses comme un obstacle pour eux même moi je ressens comme si ils font leurs dernières devoir avant ma mort »**

On lui a posé la question s'il reçoit des visites quand il été hospitalisé il à dit : **« ih, s3igh wi ditruhun , kulas truhund ghuri, ma3na uthibigh ara axatar**

nes3a a problème de transport s tmara id ttawden », « oui, chaque jours j'ai des visites, mais je n'aime pas les déranger par ce qu'on a un problème de transport, ils souffrent pour arrivé à l'hôpital »

On lui a demander de nous dire comment est sa relation avec son entourage avant et après la maladie il à dit : **« lant lahwayej bedlent lant kra xati, am imawlaniw nutni ghursen land bien yidi nek xati jénin iyi , indukaliw widak l3ali kimen wiyad ruhen « il ya des choses qui ont changer ya d'autres non ma relation par exemple avec ma famille pour eux ils sont bien avec moi alors que moi ça me dérange, et avec mes amis ; les vrais amis ils sont toujours bien avec moi, les autres ils ont disparus ».**

En fin on lui à demandé de nous dire comment il voit son avenir il à répondu **« des fois mara txemimar ad g rifigh sa3u l'espoir ma tikwal t dicorager twaligh kulec davarkan », « des fois quand je pense sur la griffe rénale je récupère mon espoir et par fois je me désespère et je me décourage je voit tout noire »**

Il est pessimiste plus que optimiste.

2-3- Présentation et analyse du protocole du (FAT)

Planche 01 - « D la famille, aqcic-agi yeddigouti, taqcict-nni tetthussu mlih, tettwatuci, argaz-agi yettnagh tamettut-nni, nettat tessefham-it-id,wagi maci d aqessar, d amenghi abestuh a 80% d amenghi axatar taqcict-nni ur tecca ara, aqcic-nni yettef lhenk-is, abestuh-nni i tett axatar mezzi ur ye3lim ara ».

« C'est une famille, cet enfant est dégoûté, la fille est très sensible, elle est brisée, le parent dispute avec sa femme, elle lui explique, Ce n'est pas une discussion normal, c'est une petite dispute, à 80% c'est une dispute parce que la fille ne mange pas, le garçon a met sa main sur sa joue, le plus petit mange parce qu'il est petit il ne sait rien ».

Planche 02 - « I sin tthibin la musique, ur ttnaghen ara, tenna-yas s3adi-yid le disque agi, atan bien, la famille agi d iberkanen deg u salon maci deg texxamt, as tinid d les années 80 nagh 70 ».

« Les deux aiment la musique, ils ne disputent pas, elle lui demande de lui passé ce disque, ils sont bien, c'est des noirs dans un salon et ce n'est pas dans la chambre, on dirait les années 80 ou 70 ».

Planche 03 - « D agi d argaz ameqran yettef tareggaxt nagh tawerqett t roulée, aqcic-nni yugad yettejma3ed d jaj –nni bab-as a ti 3aqeb axatar yexdem la bêtise d agi normalement maci d netta ar ad ijem3en djaj-nni d yemma-s, yettban baba-s yu3ar ».

« C'est un homme qui tiens un bâton ou une feuille roulée, l'enfant a peur, là il ramasse les reste du vase, son papa va le punir parce que il a commit une bêtise, mais normalement ce n'est pas lui qui va ramasser les reste du vase, c'est sa maman, sa se vois que son père est dur ».

Planche 04 - « la famille agi terrici, d taqcict n 20 sna tetttaghed lqec , t agi nayed d taxeddamt deg le magasin-nni, taqcict-nni tettban riche ibed-is d utell-is i begnedatan ur sya3jib ara lhal tefka3 axxatar ur dugh wayra , lqec-is banen ghlay-it, atan yella le solde, axatar haca deg thuna l3ali id xedmen le solde ».

« C'est une famille riche, cette fille est âgée de 20 ans, elle est entrain d'acheter des vêtements, l'autre c'est une vendeuse, sa se voit que cette fille est riche, son regard et sa posture le montre elle n'est pas satisfaite elle à rien aimer elle est en colère care elle à rien acheter, ses vêtement sont chers, là il y a un solde, que les bons magasins qui font le solde ».

Planche 05- « la famille agi ur tarrici-ara mlih, les riches ur ttnejma3en-ara lwahid, taqcict –agi tettefarij la télévision, aqcic- agi yebgha ad-iffagh gumanas imawlan-is atan yefka3,ur tittla3i ara, aqcic –nni adstuh yettfarij la télévision, imawlan-nsen hadren f wina ig beghan aken ad ifar ur bghin ara acughar ig t-insisté. ».

« Cette famille n'est pas vraiment riche, moyen, les riche ne se réunis pas généralement, cette fille regard la télévision, se garçon veux sortir ses parents refusent, lui en colère et il refuse de leurs parler, le plus petit regard la télévision, leur parents parlent, ils ne voulaient pas pour quoi leur fils insiste quand eux refuse.».

Planche 06- « aqcic-agi yban yetthibi le sport, soit yettedu à le sport nagh yekled deg l'stade, yemas tesaksay-it ma ad-idewech nagh ad-yech, ma3na yetedu ad-iruh a tiroir-is yeli yemas teseksay-it ma yewjed ad ruhen , yemas-agi testhahzay ur tebriz-ara taxxamt-agi ».

«Sa se vois que se garçon aime bien le sport, la soit il va partir ou il est revenu du stade sa maman lui demande s'il va se doucher ou il va manger, mais je pense qu'il vient de partir, son tiroir est ouvert sa maman lui demande s'il est prêt pour y aller, sa maman ne prend pas soient de lui la preuve qu'elle n'a pas rangé sa chambre ».

Planche 07- « atan y-talay ma tella yemas nagh ad-esquivé, ad-iruh ad yerar, ur yggin-ara, nagh d yemas id ytlla3in ad yech attan d 11h 30, ma3na je pense yebgha ad-irwel axxata tawurt teli mlih,yemm-as a t-punit ma twalat-id yefagh, la famille agi deghen riche, ur ttajan ara mit-sen ad-ifagh wahdes. »

« Il regard si sa maman est la sino il va esquiver et allé jouer, il ne dore pas, ou bien c'est sa maman qu'il l'appel pour manger, il est 11h30, mais je pense qu'il veut esquiver, par ce que la porte est très ouverte, mais sa maman va le punir si elle la voix, cette famille et aussi riche, ils ne laissent pas leur fils jouer seul sans surveillance. »

Planche 08- « atan ttaghend lqec , sin agi imeqranen farhen axxatar ughen ak ayen bghan , aqcic agi abestuh yahzen axxatar ur dyur wayra , atan yemas tharsit-id ghures tetthelil-it . »

« Ils sont entrain de faire les magasins, les deux grands sont contents par ce que ils sont tout acheté alors que le petit garçon est triste par ce que il na rien acheté, sa mère le serre dans ses bras, et elle le supplie pour qu'il se calme. »

Planche 09- «tametuth-agi tetthagid lmakla, aqcic agi soit yeluz nagh yetalay kan imawlan-is, argaz ni soi yetalay les factures nagh yhedar azed f lxxedma-s, nettat t-concentré f chadrunt-is , machi f lhaja importante i dehedar ur tid talayit –ara ,atan g tkusint, atan yefka3axxatar ur detthesis ara i lahdur-is. »

« La maman prépare à manger, ce garçon soit il à fin ou bien il regard ces parents, cet homme soit il regard les factures, soit il parle sur son travail, elle est concentré sur sa marmite elle le regard pas par ce par ce que quelque chose d'important pour elle, ils sont dans la cuisine, le père est en colère car sa femme ne s'intéresse pas a ses paroles »

Planche 10- « d les américains, tteraren le bis bol, atan hadren s lefka3at, d nubansen ad uraren . »

« C'est des américains, ils jouent au bis bol et ils parlent, c'est leur Toure de tirer, ya une agressivité dans leurs discussion. »

Planche 11- « atan d la3ca d 21h00, aqcic agi yebgha ad ifagh yekarazend aka sa3a ad klagh , wagi d jeditsen, wagi dahbib nsen, tagi d yemas tekaras anida ara truhed attan d 21h00, netta yekarazd mazal lhal tennayas nighagd ala d neki ittekmandan d'accord, netta atan yefka3 felas. »

« C'est la nuit, il est 21h00, ce garçon veut sortir, il lui dit je reviens dans une heure, l'autre c'est son grand père, ce lui la c'est un amis, c'elle la c'est la maman, elle demande à son fils ou il va c'est tard, lui il dit que ce n'est pas tard, elle lui dit : j'ai dit tu sort pas c'est moi qui commande d'accord, lui ça ne lui plait pas il est énerver.»

Planche 12- « taqcict agi tett- préparer les devoirs y nes, tes3a a problème g les mathématiques, tiqcicin ak presque ur ssinent ara les mathématiques imawlan-is tt3awanent-id, yemas tekas-as s la3kel kan a yelli, babas yet essai at i3iwen »

« Cette fille prépare ces devoirs, elle à un problème de mathématique, généralement toutes les filles en se problème, ces parents la aide, sa mère lui dit doucement ma fille, son père essaye de trouver la solution pour cette exercice »

Planche 13 – « d yellis y staksay-it d-acu it yeghen, anwa it yesfak3en, ma d yemas nagh manhu »

« C'est son père, il demande qu'est ce qu'elle à, qui la énerver si sa maman ou quel qu'un d'autre »

Planche 14 – « d la famille ni black, ur ricin ara mlih moyen, aqcic agi ig delken aken ur i s'intéresse ara y hedar d ugmas, sin agi niden tturaren deg jardin »

« C'est une famille black, ils ne sont pas riche, mais moyen, ce garçon ne s'intéresse pas, il parle avec son frère, les deux autres joues, c'est dans un jardin »

Planche 15- « atan deg salon tturaren wayed yttfarij degsen, d a cadeau isentidefkan , d asegas ajdid , taqcic agi tedlak tefka3 sfek3ent waytemas tehaz iman-is, yemat-sen tetalay-iten aqcic agi yarbah »

« Ils sont dans un salon, ils jouent l'autre il les regards, sa c'est un cadeau de nouvelle ans, cette fille est allonger, elle énerver a cause de ses frères elle est resté seul, leur mère les regardes, ce garçon à guancier »

Planche 16 – « d argaz d mis atan yetalab-as tiseran tumebil, argaz ni y ttxamim ma ad ikbel nagh ala , y karas akeshafdagh kbel, aatan yefar tisura ni, y ttxemim »

« C'est un homme avec son fils, il lui demande la clé de la voiture, le père hésite, il lui dit je vais t'apprendre d'abord, il cache les clés et il pense »

Planche 17- « tametut agi tesarid tghemas-is taqcict agi tetraju yemmas atfak aken atduwech, atan tebid tasarvit, tekas-as 3ijel ur tfuked-ara 3ad ?aklin presser

adefghagh yem-as tennayas s l3aklim attedned arma ta3yid umba3ed attemakhliled g lghaci, attrajud aken.taqcic-ni tefka3 »

« Cette femme brosse ces dents, sa fille attend sa mère pour qu'elle terminée, pour rentrée et faire sa douche, elle port une serviette, elle dit a sa maman fait vit, tu n'as pas encore terminée ? Je suis presser je vais sortir la maman lui dit doucement laisse moi terminer tu es toujours comme ça tu dors jusqu'à la dernière minute et tu vien précipiter les Jens tu va attendre comme ça. Elle énerver. »

Planche 18- « atan ruhen en voyage, axxatar aqcic agi yexxdem la casquette, sin agi niden ttnaghen, babatsen yetalay-iten g le rétroviseur, yekarassen s la3kel netni tkemilen sefka3ent guman ad sesmen, tametut-ni tetthebir f ubrid yedul »

« Ils sont partis en voyage, par ce que se garçon port une casquette, ces deux autres se dispute leur père les regarde à travers le rétroviseur, et demande le silence eux ils continus d'énerver le père ils ne veulent pas arriter, la maman se Soussi pour le tragi »

Planche 19- « taqcict tetalabas ibabaskra lhaja, atan g l bureau,baba-s yetthesis-azed ,nagh c'est un directeur taqcict-agi tetalab-as hra lhaja wakila yeguma axxatar ur tyiji ara attekim iwaken adhedren . »

« Cette fille demande quelque chose à son père, lui il la écoute, ou bien c'est un directeur et la fille demande quelque chose je pense il na pas accepter car elle toujours debout elle n'est pas assise pour qu'il parle. »

Planche 20- «taqcict,arac ur thibin ara lemri, atruh atefagh sani, maci ar l'école ara truh artmaghra nagh quel que part »

« C'est une fille, les garçons n'aime pas le miroir, elle va sortir, ce n'est pas à l'école, soit à la fête ou quelque part sa se voix qu'elle à une sortis à part l'école. »

Planche 21- « arac agi tedun ad-dun d babat-sen atyawil ar- l'école, argaz-ni yetselim f tmetut-ni, nettat femme au foyer »

« Les deux enfants vont partir avec leur père a l'école, le père est entrain de dire a sa femme au revoir, elle est femme au foyer »

2-4- Analyse de protocole de FAT pour le cas de « Karim » :

A partir du protocole de « Karim » on propose l'analyse suivant :

I/ le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration d'hypothèses de travail valide ?

Le protocole de « Karim » est long, clair pour permettre la cotation, car il n'ya ni refus ni réponses inhabituelles.

II/ Ya t-il présence de conflit ?

L'index général de dysfonctionnement de protocole est modérément élevé (46) suggérant la présence de conflits apparents et non résolus à l'intérieure de cette famille.

III/ Dans quel domaine le conflit apparait-il ?

D'une manière significative, le protocole de « Karim » fait état d'un niveau très élevé de conflits familiaux (n=11) par apport aux conflits conjugaux (n=1) et un faible niveau de conflits extra-familiaux (n=2), ces observations suggèrent une présence de conflit non résolu à l'intérieur de cette famille et la difficulté de cette famille a fonctionner efficacement avec le monde extérieur (extra-familial) et la faible note de conflit conjugal(n=01) peut être interpréter soit, la relation conjugale est très distante, au point y'en on pas de relation affective entre le couple devenir essai de projeter leurs propre conflit sur les autres membres (n=11) et ils ont désigner « Karim » comme un bouc émissaire de sa famille, pour masqué leur conflit conjugal.

IV/ Quel est le mode de fonctionnement caractéristique de cette famille ?

L'analyse des indices de fonctionnement familial vous renseigne sur le score relationnel dans cette famille. Le grand nombre de thématique résolution négatives (n=11) peut suggérer et crée un climat chargé d'angoisse de communication pathologique et l'adhésion des membres de la famille aux règles instaurer par les parents (n=03), ces observation nous mènent à dire que la dynamique de cette famille est basée sur un en contentement des parents et l'insoumission des membres aux règles, ce qui rend compte d'un fonctionnement parental immature, (n=1 fusion)

V/ Quelles pourraient être les hypothèses liées à l'apparente qualité relationnelle au sein de la famille ?

Les indicateurs de la qualité relationnelle familiale suggèrent que la tristesse et la colère est de (n=09) les parents sont perçus comme des générateurs de stress que des alliés, mais cette famille favorise d'exprimer ses émotions à l'extérieur de la famille système ouvert (n=12) fermé (n=05), tout sa pour permettre au système familiale d'extérioriser les angoisses et le stress perçus pour ne pas s'explorer, mais d'une manière immature autres agents stressent (n=00)

VI/ Quelle sont les possibles hypothèses relatives aux aspects relationnels systémiques au sien de la famille ?

L'analyse de protocole indique que cette famille fonction d'une manière fusionnelle et immature, à partir de cette hypothèse le faible niveau de conflit conjugale (n=01) par apport au conflit familial (n=11) suggère que les membres de la famille ne soumettent pas aux règles des parents se qui à crée des angoisses et du stress a l'intérieur de la famille dont les résolutions négative prédominant avec la présence de membres allié (jalousie, crainte) contre la projection des conflits conjugaux.

VII/ ya-t-il des indices d'inadaptation majeur ?

Ce protocole ne contient pas des repenses faisant allusion a la mal traitance physique.t

VIII/ Existe-t-il, dans ce protocole, des thématiques qui contribuent à la formulation d'hypothèse clinique utiles ?

L'analyse des notes obtenues dans ce protocole du FAT, suggèrent que les réactions émotionnelles de leurs mère organisent la dynamique familiale avec un relationnel très immature ce qui peut influencer « Karim » à s'individualiser au sien de cette famille ce qui peut engendrer en lui des sentiments de peur, haine, tristesse face au caractère fusionnel de sa famille sa dépression est mise en relation avec sa lutte familiale.

2-5- Présentation et analyse de l'échelle de la dépression BECK (BDI II) :

2-6 - la présentation des résultats de l'échelle de cas « Karim »

N°d'item	Items	cotation	Expression
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou malheureux que ce ne soit supportable.
02	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
03	Echec dans le passé	3	j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement.
06	Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment d'être puni(e).
07	Sentiment négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
08	Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâmais pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
09	Pensées ou désir de suicide	0	Je ne pense du tout à me suicider.
10	Pleurs	0	Je ne pleure pas plus qu'avant
11	Agitation	3	Je suis si agité ou tendu que je dois continuellement bouger ou faire

			quelque chose.
12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1a	Je dors un peu plus que d'habitude
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	3b	J'ai constamment envie de manger.
19	Difficulté à se concentrer	1	Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
20	Fatigue	1	Je me fatigue facilement que d'habitude.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score		32	
Degré de dépression	Sévère		

Tableau n°2 : résultats de l'échelle de Beck cas

2-7- L'analyse des résultats de l'échelle de Beck de cas Karim :

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck Karim a mit 20mn

Pour répondre aux questions de l'échelle.

Ce patient manifeste une dépression sévère, selon le manuel BDI-II a révélé que notre patient a (7) réponses de degré (0) dans les items suivants : **l'item N°5** sur le sentiment de culpabilité, **l'item N°8** sur attitude critique envers soi, **l'item N°9** sur la pensée ou désir de suicide, **l'item N°10** pleur.

Puis, il a obtenu (4) réponses de degré (1) dans les items suivants : **l'item N°16** sur la modification dans les habitudes de sommeil, **l'item N°17** sur l'irritabilité, **l'item N°19** sur les difficultés à se concentrer, **l'item N°20** sur la fatigue.

Pour le degré (2), il a obtenu (2) réponses dans les items suivants : **l'item N°2** sur le pessimisme, **l'item N°15** sur la perte d'énergie.

Et pour le degré (3), il ya (8) réponses dans les items suivantes : tristesse, échec dans le passé, perte de plaisir, sentiment d'être puni, sentiment négatifs envers soi-même, agitation, modification de l'appétit, perte d'intérêt pour le sexe.

Synthèse du cas :

A travers la discussions de l'entretien clinique et l'analyse du test de la famille (FAT) et l'échelle de Beck (BDI-II), on a constaté que « Karim » perçois que son système familial est dysfonctionnel qui est caractérisé par les conflits résolution négative. et aussi présente une dépression sévère.

3/ Présentation et discussion des résultats :

3-1 Présentation de 3^{em} cas :

« **Samira** » jeune femme âgé de 45 ans, célibataire, elle a un niveau d'étude de 3^{em} année secondaire, elle a aussi fait un stage de la coiffure, mais en ce moment elle n'a aucune profession a cause de sa maladie, elle souffre d'une insuffisance rénale chronique depuis 18 ans. Elle est d'une petite taille souriante. Elle parle beaucoup avec l'équipe soignante.

Notre patiente vit avec sa mère et ses frères, c'est le seul membre malade dans sa famille, elle est la plus gêné de sa famille.

3-2Présentation et discussion de l'entretien semi directif :

Notre patiente nous a avoué qu'elle est malade de l'insuffisance rénale et c'est du à un problème néphrotique, et qu'elle n'a jamais été malade avant elle n'a jamais rentré à l'hôpital et elle à dit : « **tenayard g la3mart helkagh nagh kecmagh sbitar g la3art tekdem l'opération arme dasmi ihelkar tigezaliw** », « **de tout ma vie je ne sais jamais rentré à l'hôpital, je n'ai jamais été malade je n'ais jamais fait d'opération jusqu'au le jour où je suis atteinte de cette maladie** »

Pour sa réaction après l'annonce de son diagnostique elle à déclaré: « **as amenzu heznagh, tru , disugasen nek aken après numagh** », « **j'ai pleuré , j'éte vraiment triste pendant des années puis je me suis habitué** »

On lui à posé la question sur le changement dans son mode de vie après la maladie, ses habitudes, comportement, profession, projet, travaux,elle à répondu ; « **yela kra n changement 3eyugh mlih ur zmir ara ad 3atbagh imaniw am zik** », « **j'ai un petit changement seulement , je me sens toujours fatigué et je ne peut pas travailler comme avant** »

On lui a demandé de nous dire qu'elle est la cause de sa maladie selon « **d lahak ni is3igh aken iyi dexelken tigezalagi** », « **c'est cette infection urinaire qui ma crée l'insuffisance rénal** »

On lui à demandé son avis sur la dialyse elle nous affirme : « **lukan maci tamacint agi tilak mutagh** », «**grâce à ce traitement que je suis encore vivante** ».

Pour la tristesse elle à dit : «**ussan ni imezwura heznagh après dayen numagh yenkes lahzen ni** » «**j'étais toujours triste les premiers temps après j'ai dépassé cette tristesse** »

On lui à demandé si elle arrive à dormié elle à dit : « **ganagh ktar n zik zemragh adinigh** », «**je peux dire que je dore même beaucoup plus qu'avant**»

On lui à posé la question si elle aime rester seul elle à dit : « **ur thibigh ara ad kimagh wahdi** », « **je n'aime pas être seule**».

Pour le retrecement elle a dit : « **remarkigh naksagh g kulec axatar 3eyugh** » «**J'ai remarqué un retrecement dans mes activité quotidienne a cause de la fatigue** »

A propos de sa famille après la maladie elle nous dit **« je n'ai pas remarqué un changement dans ma relation avec ma famille, mes parents n'ont pas changé après ma maladie. »**

Notre patiente nous a dit qu'elle a de bonne relation avec ces parents ce qui l'a aidé a oublier sa souffrance : **« yema tetthadar iyi mlih tkedem kulec aken ayitesefrah » « ma mère s'occupe bien de moi et fait tous pour me rendre plus heureuse. »** elle ajoute **« s yemma ta3zizt isebragh f lahlakiw » « grâce a ma mère j'ai put dépasser ma souffrance ».**

On l'a interrogé si ses parent dispute et comment règle leur dispute elle nous a dit **« oui mes parent se disputent comme les autres familles mais ils règlent leurs disputes par le dialogue » « Samira »** a des frères et des sœurs et elle nous a dit : **« ayetma 3awnen –iy mlih la3mart sefka3niyi s yisen itugh kulec« j'ai u un grand soutien et d'aide de la part de mes frères ce qui m'a aidé a oublier ma souffrance, je n'ai jamais de problème avec eux . »**

On c'est posé la question sur sa relation avec son entourage elle nous a répondu **« j'ai une bonne relation avec mon entourage, j'ai gardé le contacte avec mes copines, je suis toujours bien avec elle. »**

Pour les visites elle à dit qu'elle à u beaucoup de visite quand elle été hospitalisé ; **« keles truhund gheri meden ar s bitar surtout imawlaniw »**

« Chaque jours je reçois des visites surtout de mes proches »

Et à propos de sa relation avec son entourage avant et après la maladie elle dit : **« kulec am zik nagh ktar », « tout est comme avant où mieux »**

En fin pour notre dernière question dans se guide qui est sur l'avenir elle nous déclare que elle a un grand espoir dans la vie, elle nous dit **« grâce a mes frères que j'ai récupéré mon espoir dans la vie, ils m'ont donné le courage d'aller me soigner et conteneur de vivre. »**

3-3 Présentation et analyse du protocole de (FAT)

3-4 Présentation des repenses sur les planches du FAT :

Planche : 1

« tawacult atni qimen di tabela teccen ,aregaz-nni i3egd-ed useya3ejib-ara lequt-nni sin akin armi ihedren kulech yugal aken i yela »

« Autour de la table tous les membres de la famille bouffaient, le père réclame le plat (il n'a pas beaucoup aimé)...après tout est rentré dans l'ordre à nouveau. »

Planche : 2

« aqecic yebga ad-isel lugenat ,yemm-as tugi . »

« Le fils voulait écouter de la musique, la maman n'été pas d'accord alors elle refusa. Puis il accepté. »

Planche : 3

« Mi yetedu adifag uqcic yerza tabu9alt bab-as i3eged-ed fel-as attejm3ed yugh-as awal »

« En sortant, le fils a fait tomber le vase sans faire attention, le père l'humilia, il l'ordonna de ramasser tous ce qui est par terre, en revanche il va le réconcilier Le fils exécuta l'ordre. »

Planche : 4

« Taqcict d yamm-as ruhent ar thanutt, yemm-as textar-ased une robe, taqcict-ni ur sta3jib-ara ma3na yemm-as tqen3it. »

« La mère et sa fille faisaient des courses. La mère proposa une sublime robe a sa fille mais cette dernière elle n'été pas satisfaite du choix, mais a la fin, la mère a pu convaincre e sa fille. »

Planche 5 :

« D la3cha, tawacult tenejma3ed deg salon, atan calme, tranquillement, atan teprofitin g lwakten-sen »

« Le soir, la famille s'est réuni au salon, y avait du contact entre eux, bien au calme, tranquillement ils profitent de leur joie. »

Planche : 6

« tamyut agi atan tekcem ar taxxamt n mmis ,atan twala l ballon n mis tenayas sefghit sagi, atan yebit ar bara veterar »

« La mère rentre a la chambre de son fils, elle a repérer un ballon autour, elle l’ordonna de faire sortir le ballon et de ne plus le voir dans la chambre, le fils prend le ballon et sort jouait dans la cour. »

Planche : 7

« aqcic agi yurga yir targit yeqred yettru, yemm-as teslayased atan truhed ghures tharsitid gheres tenayas ur tugad-ara »

« Le fils a vu un mauvais rêve il s’est réveillé en pleurant, la mère l’a entendu, il l’a rejoindre dans sa chambre en l’a serrant dans ses bras en disant : n’aie pas peur mon fils ta maman est à tes coté. »

Planche : 8

« tawacult agi fghen ad qdun, atan farhen, abstuh agi yetthibi mlih yemm-as »

« Toute la famille sortait faire des courses, ils étaient contents, ce que j’ai remarqué que le petit est très attaché à sa maman. »

Planche : 9

« Atan g tqusint, tamtut agi thedar d wargaz-is, mit sen yetalay itnid yethessis azend »

« A la cuisine, la mère préparait à manger toute en discutant avec son mari et le fils accroché au cadre de la porte en écoutant la discussions de ses parents. »

Planche : 10

« Sin les joueurs tnaghen, ma3na dayen fran »

« Au stade ya eu une disputions entre deux joueurs d’équipe différents, mais tout est réglé en ayant une discussions entre eux. »

Planche : 11

« atan d id, tawacult agi hedren, aqcic agi ur sya3jib ara ayen ihedren »

« Le soir, la famille s'est réunie en abordant un sujet que le fils n'a pas trop aimé, et il a quitté. »

Planche : 12

« imawlan agi heznen f yelit-sen ur debi ara aken iqwem g l'école, ma3na atan, tencorajint »

« Les parents sont tristes a cause des résultats de leur fille, mais ils n'ont pas perdu l'espoir, ils l'encouragent à faire mieux. »

Planche : 13

« tamtut agi tefqa3, yesfeq3it, atan yethelilit teguma at samah »

« La mère était triste à cause de la bagarre avec son mari.

Il a beaucoup essayé d'arranger les choses mais elle ne lui a pas donné la chance. Elle était très furieuse. »

Planche : 14

« Arac ttel3ab-en di saha,tt eprufit-in lewaqet-nsen »

Les enfants jouaient à la cours, ils profitent leurs temps.

Planche : 15

« Iruh lehal arac tel3ab-en, yemmat-nsen tefka3 fel-asen tennay-asen d lwakt ad teg-nem babat-nsen yennay-as jit-en ad uraren »

Le temps faisaient tard et les enfants jouaient, la mère été en colère alors elle leur demande d'aller dormir, contrairement au père il lui dit de leur laisser continuer et profiter de leur temps.

Planche : 16

« Aqcic yebega ad-izi abrid s temubil,sin akin iruh ar baba-as ad-asifek tasarut ,yugi-as baba-as axatar ur yes3i-ara le permit »

Le fils voulait faire un tour avec la voiture, alors il demande les

Clés a son père, ce dernier il a cri et refusa vu qu'il n'a pas eu son permit de conduire l'enfant est en colère.

Planche : 17

« Tamettut-agi tebga ad-truh ad t-dewech ma3na yell-is te3tel tessirid tugmas-is »

La mère voulait faire une douche mais sa fille à beaucoup tardé en brossant ses dents.

Planche : 18

« axxam fegen s tumubil llan akku ferhen haca tamettut-ni axata tenug d waregaz-is uqebel ad feg-en »

La famille sortait en voiture aux moments ou tout le monde apprécier la mère été ailleurs a cause d'une bagarre avec son mari du avant la sorti.

Planche : 19

« lemudir isawel-as i teqcict i3eg-ed fel-as axata tehmel ixedim-is »

La directeur convoqua la demoiselle a son bureau pour la blâmer a cause de la négligence en vers son travaille.

Planche : 20

« aqcic-agi y talay a lmri »

Ce garçon a en face d'un miroir il est très content.

Planche : 21

« inug w argaz ttemttut-is,aregaz in ytelb-as semeh zat n waraw-is nettat teguma »

Analyse de protocole de FAT pour le cas de « Samira »:

Après la disputation entre le mari et sa femme. Le mari présenta ses excuses à sa femme devant les enfants ils étaient contents.

A partir du protocole de « Samira » on propose l'analyse suivante :

Le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration d'hypothèses de travail valide ?

Le protocole de « Samira » est clair et ne procède pas des réponses inhabituelles.

II/ y a-t-il présence de conflit ?

L'index général de dysfonctionnement présente une note 29 fait état d'un niveau modéré suggérant la présence de conflits apparents non résolus à l'intérieur de cette famille.

III/ Dans quel domaine le conflit apparaît-il ?

D'une manière significative, le protocole de « Samira » fait état d'un niveau modéré d'un conflit familial (n=06) par rapport aux conflits conjugaux (n=04) et un faible niveau de conflit extra-familial (n=02), ces observations suggèrent une présence de conflit non résolu à l'intérieur de cette famille et la difficulté de cette famille à fonctionner efficacement avec le monde extérieur (extra-familial). Et le faible score de conflit conjugal (04) peut être interprété soit, la relation conjugale est très distante, au point qu'il n'y a pas de relation affective entre le couple, ou ce dernier essaie de projeter leur propre conflit sur les autres membres de la famille (n=06) ils ont désigné « Salima » comme étant leur problème pour masquer leur conflit conjugal.

IV/ Quel est le mode de fonctionnement caractéristique de cette famille ?

L'analyse des indices de fonctionnement familial nous renseigne sur le score relationnel dans cette famille. Le moyen nombre de thématiques de résolution négatives (n=06) peut suggérer et créer un climat chargé d'anxiété, de communication pathologique et le non-adhésion des membres de la famille aux règles instaurées par les parents (n=01), ces observations ne menant à dire que la dynamique de cette famille est basée sur le mécontentement des parents et l'insoumission des membres aux règles ceci rend compte d'un fonctionnement parental immature, (n=00 fusion).

V/ Quelles pourraient être les hypothèses liées à l'apparente qualité relationnelle au sein de la famille ?

Les indicateurs de la qualité relationnelle familial suggèrent que la tristesse et la colère et d'un niveau modéré (n=04), les parents sont perçus comme des générateurs de stress que des allies, mais cette famille favorise d'exprimer ses émotion à l' extrême de la famille système ouvert (02) fermé (00), tout sa pour permettre au système familial d'extérioriser les angoisse et le stress perçus pour ne pas s'exploser, mai d'une manière immature autres agent stressants (02).

VI / Quelles sont les possibles hypothèses relatives aux aspects relationnels systémiques au sein de la famille ?

L'analyse de protocole indique que cette famille fondue d'une manière fusionnelle et immature a partir de cette hypothèse le faible niveau de conflit conjugal (n=04) par apport aux conflit familial (n=06) suggère que les membre de la famille me semé étant pas aux règles des parents ce qui créés des angoisse et du stress a l'indicateur de cette famille dont les résolution négatives prédominant avec la présence de membres allie (jalousie, crainte) pour se défendre contre la projection des conflit conjugaux.

VII/ Ya-t-il des indices d'inadaptation majeure ?

Ce protocole ne contient pas des réponses à la maltraitance physique.

VIII/ Existe-t-il, dans ce protocole, des thématique qui contribuent à la formulation d'hypothèses cliniques utiles ?

L'analyse des notes obtenue dans ce protocole du FAT suggère fortement que les réactions émotionnelles de leur mère organiser la dynamique familiale, avec un relationnel très immotivé ce qui peut influencer « Samira » à s'individualiser ou semi de cette famille ce qui peut engendrer en elle des sentiments de peur, haine, tristesse, face au conflit et face au caractère fusionnel de sa famille.

3-4-présentation et analyse de l'échelle de BECK de cas « Samira ».

N°d'item	Items	Cotation	Expression
01	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
02	Pessimisme	0	Je ne suis pas découragé(e)qu'avant face à mon avenir
03	Echec dans le passé	2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
04	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
05	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'aurais du faire.
06	Sentiment d'être puni	1	Je sens que je pourrais être puni(e)
07	Sentiment négative envers soi même	0	Mes sentiments envers moi- même n'ont pas changé
08	Attitude critique envers soi	0	Je me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
09	Pensées ou désir de suicide	0	Je ne pense pas du tous a me suicidé.
10	Pleurs	1	Je pleure plus qu'avant
11	Agitation	1	Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
13	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.

14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable
15	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1a	Je dors un peu plus que d'habitude.
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé.
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
20	Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	-	
Score		14	
Degré de dépression	Légère		

Tableau n°3: résultats de l'échelle de Beck cas

L'analyse de l'échelle de BECK de cas

Cette patiente manifeste une dépression légère d'une note de 14, selon le manuelle de Beck BDI-II.

On a trouvé (7) items avec le score (0), telle que **item N°2** sur le pessimisme, **l'item N°7** sur le sentiment négatifs envers soi-même, **l'item N°8** sur attitude critique envers soi, **l'item N°9** sur les pensées ou désirs de suicide, **l'item N°12** perte d'intérêt, **l'item N°14** sur la dévalorisation, **l'item N°18** sur la modification de l'appétit,

Pour le degré (1) elle a obtenue (12) réponses ainsi à **l'item N°1** sur tristesse, **l'item N°4** sur la perte de plaisir, **l'item N°5** sur le sentiments de culpabilité,

l'item N°6 sur le sentiment d'être puni(e), **l'item N°10** sur les pleurs, **l'item N°11** sur l'agitation, **l'item N°13** sur l'indécision, **l'item N°15** sur la perte d'énergie, **l'item N°16** sur les modifications dans les habitudes de sommeil, **l'item N°17** sur l'irritabilité, **l'item N°19** sur les difficultés à se concentrer, et **l'item N° 20** sur la fatigue.

Puis pour le degré (2), elle a obtenu une réponse dans **l'item N°3** échecs dans le passé.

Et ce qui est score (3), « Samira » l'exclut de ses réponses.

Synthèse du cas :

On a constaté qu'il y a une résistance à ne pas parler librement sur sa famille car peut-être elle n'a pas encore établi une relation de confiance avec nous, dans l'entretien par contre elle a tout projeté dans le test de la famille. On a trouvé qu'elle a un dysfonctionnement familial à travers l'analyse de ces réponses ou test de la famille. Et à travers l'analyse de l'échelle de Beck, on remarque qu'elle a une dépression légère. Cela peut renvoyer au rôle positif au soutien et l'étayage de sa famille avec elle.

4/Présentation et discussion de résultats

4-1-présentation de 4^{em} cas « Nassima »:

« Nassima » est jeune femme âgée de 33 ans, célibataire, souffre d'une insuffisance rénale chronique depuis 2 ans. Notre sujet a un niveau d'étude supérieur, elle est de taille moyenne elle est très sage et calme

Mlle « Nassima » vit avec sa sœur et son mari et ces enfants à cause de la mort de son père et sa mère, c'est le seul membre malade dans sa famille.

4-2 Présentation et discussion de l'entretien clinique semi directif :

Mlle « **Nassima** » nous a informé qu'elle est atteinte d'une insuffisance rénale chronique à l'âge de 28 ans à cause de sa séparation de son petit ami qui lui a causé une poussée d'hypertension artérielle, et ce qui a aggravé son état c'est le décès de sa mère tout ça a provoqué cette maladie alors que sa santé elle bonne elle n'a jamais été hospitalisée, à-propos de notre question sur sa réaction la 1^{er} fois qu'on lui a annoncé sa maladie elle nous a répondu : « **Je suis vraiment triste, je vois que cette maladie m'a gâchée ma vie, j'ai perdu l'espoir je n'aurais**

jamais une maison et une famille comme les autres femmes. » Elle nous affirme que son mode de vie après la maladie et a changé « **mes habitudes et mes projets son changer après cette maladie, maintenant je pense seulement a ma souffrance.** » d'après « **Nassima** » la cause de sa maladie revient a sa séparation de son petite amie elle nous a dit « **a cause de lui je suis tombé malade, elle ma crée une maladie qui je n'ai jamais eu.** » a propos de notre question sur son avis de l'hémodialyse elle nous a dit « **pour moi c'est une punition, j'arrive pas a faire ce que je veux, je me sens condamnée.** » elle ajoute « **ou moment de dialyse, je me sens triste, et je me sens toujours fatigué et par fois je pleure je me rappelé de ma maladie.** »

Nassima elle nous déclare que elle n'aime pas être seul et elle a des troubles de sommeil elle nous avoué « **je n'arrive pas a dormir tout la nuit et je n'aime pas d'être seule dans la chambre.** ».

Et pour sa relation avec sa famille elle nous a dit « **ma famille me porte pas d'aide.** » elle nous confirme « **une fois que je suis tombé malade ma famille a changé envers moi.** » et a propos de notre question sur la relation de ses parents « **je souviens ...mes parents dispute toujours pour la moindre des choses, et ils restent longtemps sans parler.** »

Quand on l'a interrogé sur ses frères et sœurs « **Nassima** » nous a dit qu'elle a quatre (04) sœurs elle vit chez l'une les autres elles ont perdu contact. Elle ne déclare qu'elle détestait sa sœur car, cette dernière l'a touché verbalement, elle l'a vexée et lui disant qu'elle ne se mariera jamais à cause de sa maladie : « **ma sœur ma touche avec ses paroles elle me dit toujours que tu ne va pas te marier a cause de ta maladie.** »

Elle rajoute : « **Des fois j'oublie ma maladie et je me focalise sur mes conflits familiaux** ».

Et a propos de notre question sur sa vision sur l'avenir elle nous a dit « **j'ai perdue l'espoir dans la vie, j'espère rien de l'avenir.** »

Nassima n'a pas trouvé le soutien moral et affectif pour dépasser sa souffrance

4-3- présentation et analyse de protocole de FAT :

Planche 1 :

« Une famille à abordée un sujet, la maman regarde son mari et elle a dit : j'ai rien compris de quoi tu me parle qu'est ce qui se passe ? La petite fille regarde sa maman, elle n'est pas contente de ce qu'il a dit son père ! »

Planche 2 :

« Le garçon a prit un CD pour écouter de la musique est sa maman n'est pas d'accord de ce qui est dans ces mains. Elle lui proposé un manuelle à lire. »

Planche 3 :

« L'enfant a cassé le vase de fleurs, par la suite son père il a frappé et il a puni. »

Planche 4 :

« La maman a choisi une robe pour sa petite fille par contre la fillette n'a pas aimé la robe que sa maman à proposer. »

Planche 5 :

« Dispute est souvent entre le père et la maman, au moment que les enfants regardent la télé. Le grand frère ouvre la porte car il était dégouter à cause des problèmes de la famille et il sort. »

Planche 6 :

« La maman entre a la chambre de son fils elle a trouvé une anarchie totale dans la chambre, elle a crié sur lui en disant : il fallait ranger sa chambre pour qu'il puisse faire tous ce qu'il désire »

Planche 7 :

« L'enfant derrière le mur, il a entendue sa mère chialait, il a une de ces peur »

Planche 8 :

« Les enfants chouchotent derrière leur mère sur les achats qui elle a fait avec leur autre petit frère. »

Planche 9 :

« Pendant que la maman prépare à quoi manger. Son mari entrain de voir la liste des achats. Leur petite enfant écoutait le dialogue entre ces eux. »

Planche10 :

« Au stade, deux équipes opposées disputaient en armes blanches. »

Planche 11 :

« Les parents étaient en colère à cause de rentré tardif de leurs fils à la maison »

Planche 12 :

« Les parents espionnaient leur fille derrière son bureau si elle avance dans ses révisions »

Planche 13 :

« La fille n'allait pas bien, parce que son père l'a blâmé a cause de ses mauvaises notes La mère surmontait la situation minable de sa fille en la faisant promettre de mieux travaillé prochainement ».

Planche 14 :

« Les frères s'amusaient avec leurs papas, ou moment ou la mère prépare le diner »

Planche 15 :

« Au salon, le père lisait le journal, les enfants jouaient au jeu d'échec, la maman leur demande d'aller dormir, car il faisait tard. »

Planche 16 :

« Le garçon demande la clé de la voiture à son père mais ce dernier n'a pas accepté. Parce qu'il voulait savoir ou aller son fils chaque nuit. »

Planche 17 :

« La fille se maquillait à l'école et la maman criait sur elle on lui interdit de le mettre. »

Planche 18

« Le père décida de faire une petite sortie, au moment où les enfants l'appréciaient, la mère était triste. »

Planche 19

« Le père appela la fille à la rejoindre dans son bureau pour la conseiller de mieux travailler dans ses études. »

Planche 20 :

« Le garçon en face du miroir triste, désespéré de la vie, coupable voulait mettre fin à sa vie ! »

Planche 21 :

« Les enfants allaient à l'école au passage ils ont vu leurs parents disputer. »

Analyse de protocole de FAT pour le cas de « Nassima »:

A partir du protocole de « **Nassima** » on propose l'analyse suivante :

Le protocole est- il suffisamment long pour permettre l'élaboration d'hypothèse ne travail validé ?

Le protocole de « **Nassima** » long et claire qui contient uniquement une seule réponse inhabituelle.

II/ y a-t-il présence de conflit ?

L'index général de dysfonctionnement présente une note élevé (50) suggèrent la présence de conflits apparents et non résolu a l'intérieure de cette famille.

III/ dans quel domaine le conflit apparait-il ?

D'une manière significative, le protocole de « **Nassima** » fait état d'un niveau très élevé de conflits familiaux (n=09) par rapport aux conflits conjugaux (n=04) et un faible niveau de conflits extra-familiaux (n=01), ces observations suggèrent une présence de conflit non résolu a l'intérieur de cette famille et la difficulté de cette famille a fonctionner efficacement avec le monde extérieur (extra-familial) et la faible note de conflit conjugal (n=04) peut être interpréter soit, la relation conjugale et très distante, au point y'en on pas de relation affective entre le couple devenir essai de projeter leurs propre conflits sur les autre membre de la famille (n=09) et ils ont désigné « **Nassima** » comme un bouc émissaire de sa famille, pour masqué leur conflit conjugal.

IV/Quel est le mode de fonctionnement caractéristique de cette famille?

L'analyse des indices de fonctionnement familial vous renseigne sur le score relationnel dans cette famille. Le grand nombre de thématique résolutions négatives (n=12) peut suggérer et crée un climat chargé d'angoisse de communication pathologique et l'adhésion des membres de la famille aux règles instaures par les parents (n=4), ces observation nous mènent a dire que la dynamique de cette famille est basée sur un en contentement des parents et l'insoumission des membres aux règles, ce qui rend compte d'un fonctionnement parental immature, (n=01 fusion).

V/ Quelles pourraient être les hypothèses liée à l'apparente qualité relationnelle au sein de la famille ?

Les indicateurs de la qualité relationnelle familiale suggèrent que la tristesse et la colère prédominent ce protocole (n=14), les parents sont perçus comme des générateurs de stress que des alliés, mais cette famille favorise d'exprimer ses émotions à l'extérieur de la famille système ouvert (08) fermé (00), tout ça pour permettre au système familial d'extérioriser les angoisses et le stress perçus pour ne pas s'exploser, mais d'une manière immature autres agents stressants (n=00)

VI/Quelles sont les possibles hypothèses relatives aux aspects relationnels systémiques au sein de la famille ?

L'analyse de protocole indique que cette famille fonctionne d'une manière fusionnelle et immature, à partir de cette hypothèse le faible niveau de conflit conjugal (n=04) par rapport au conflit familial (n=09) suggère que les membres de la famille ne soumettent pas aux règles des parents ce qui a créé des angoisses et du stress à l'intérieur de cette famille dont les résolutions négatives prédominent avec la présence de membres alliés (jalousie, crainte) contre la projection des conflits conjugaux.

VII / y a-t-il des indices d'inadaptation majeure ?

Ce protocole contient deux réponses faisant allusion à la maltraitance physique ce qui nous conduit à chercher au plus profond dans l'histoire du « **Nassima** »

VIII / Existe-t-il, dans ce protocole, des thématiques qui contribuent à la formulation d'hypothèses cliniques utiles ?

L'analyse des notes obtenues dans ce protocole du FAT, suggèrent que les réactions émotionnelles de leur mère organisent la dynamique familiale avec un relationnel très immature ce qui peut influencer « **Nassima** » à s'individualiser au sein de cette famille ce qui peut engendrer en elle des sentiments de peur, haine, tristesse face aux conflits et face au caractère fusionnel de sa famille sa dépression est mise en relation avec sa lutte familiale.

4-4- présentation et analyse de l'échelle de BECK (BDI-II).

N°d'item	Items	Cotation	Expression
01	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste.
02	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
03	Echec dans le passé	3	j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
05	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps
06	Sentiment d'être puni	1	Je sens que je pourrais être puni(e).
07	Sentiment négatifs envers soi-même	1	j'ai perdu confiance en moi
08	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
09	Pensées ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mai je ne le ferais pas.
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose
11	Agitation	1	Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
12	Perte d'intérêt	3	j'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit
13	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
			Je ne crois pas avoir

14	Dévalorisation	1	autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1a	Je dors un peu plus que d'habitude
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	1	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	2	Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	-	
Score		30	
Degré de dépression	Sévère		

Tableau n°4: résultats de l'échelle de Beck cas

L'analyse de l'échelle de BECK de cas

Lors de la passation de l'échelle de **Beck BDI-II** MIIE **Nassima** a mit 15 mn pour nous répondre aux questions de l'échelle.

Cette patiente manifeste une dépression **sévère** d'un score de **30**, selon le manuel **BDI-II** de **Beck** et L'analyse des résultats de l'échelle de notre patiente a (**12**) réponses degré (**1**) dans les items suivants : tristesse, perte de plaisir, sentiment d'être puni , sentiments négatifs envers soi-même, attitude critique envers soi, pensées ou désirs de suicide, agitation, indécision, dévalorisation, modification dont les habitudes de sommeil, irritabilité, modification de l'appétit.

En suit (6) réponses degré (2) à item pessimisme, sentiment culpabilité, pleurs, perte d'énergie, difficulté à se concentrer, fatigue.

Puis, Pour le degré (3), elle a obtenue (2) réponses à l'item échecs dans le passé, perte d'intérêt.

Synthèse de 4^{ème} cas :

A travers la discussions du l'entretien clinique et l'analyse du test de la famille (FAT) et l'échelle de Beck (BDI-II) on a constaté que « Nassima » perçois que son système familial est dysfonctionnel caractérisé par des conflits résolution négative. Et aussi présente une dépression sévère avec des symptômes suivante fatigue, perte d'intérêt, pleurs, et cela du à la souffrance psychique.

Discutions des résultats:

On vue, par le biais de cette étude, décrire et analyse le dysfonctionnement familial et la dépression des personnes qui souffre d'insuffisance rénale chronique sur le plant physique, familial social et psychique. Ce travail a aussi pour but de savoir s'est les malades d'insuffisance rénale chronique perçoivent que leur système familiale et dysfonctionnelle et c'est ces malades souffre d'un symptôme dépressif et a quelle degré.

Pour cela, on a formulé deux hypothèses :

Les malades d'insuffisance rénale chronique (IRC) souffrent de symptômes dépressifs.

Les malade, d'insuffisance rénale chronique (IRC) perçoivent que leurs système familial est dysfonctionnel.

On a confirmé nos hypothèses par apport à notre groupe d'étude et leurs réponses ou test de la famille et l'échelle de Beck ainsi que l'entretien clinique, par la présence de dépression, et la perception négative sur leur système familial, avec des degrés différents et son comme suit :

- 1 cas Salim : Il perçoit leur système familial et perturbé et dysfonctionnelle est souffre d'une dépression sévère.
- 2^{ème} cas Karim : Il perçoit leur système familial et perturbé et d'un dysfonctionnement familial d'un niveau modéré et d'une dépression sévère.
- 3^{ème} cas Samira : elle perçoit leur système familial et perturbé d'après l'analyse de test de la famille car on a constaté une résistance pendant l'entretien clinique, et d'une dépression légère. Cela peut renvoyer on le soutien et l'étayage de sa famille avec elle.

Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

- 4^{ème} cas Nassima : elle perçoit leur système familial et perturbé et dysfonctionnelle familial d'un niveau très élevé est souffre d'une dépression sévère.

Parmi les études et les recherches qu'ont été faites sur la souffrance psychique chez les insuffisants rénaux chroniques on trouve :

Une étude réalisée en France (2009) sur les états anxiodépressifs des patients dialysés. Les résultats de cette étude sont : les patients en centre de dialyse présente de symptômes dépressifs, les patients présentant une symptomatologie dépressive et ou anxieuse élevée expriment une faible qualité de vie physique et psychique. Ils ont davantage des problèmes liés à leur maladie qui est un facteur plus important. (**Untas et coll.2009, p 193-200**).

On constate que nos hypothèses ont été confirmées par rapport à notre groupe d'étude et par rapport à des études qui ont été faites sur l'hémodialyse.

Synthèse des résultats :

Nos hypothèses sont confirmées dont les quatre cas étudiés présente un dysfonctionnement familial d'un différent score. Et d'une dépression avec des degrés différents.

Conclusion générale

Conclusion générale :

Ce travail a donc consisté à la réalisation d'une étude de cas sur le dysfonctionnement familial et la dépression chez les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale chronique on a interrogé quatre (4) cas.

Durant notre enquête de terrain on s'est rendu compte à quel point, l'insuffisance rénale chronique, affecte les personnes au plus profond d'elle-même, pour les raisons suivantes : tous d'abord parce que cette pathologie touche un organe très sensible du corps qui est le rein, et parce qu'elle devient chronique.

Apprendre que l'on est atteint d'une maladie chronique entraîne un véritable traumatisme psychologique ; la souffrance psychique est à l'interface des champs de la santé et du social.

Il est évident que la présence d'une maladie chronique chez les patients va engendrer chez eux et dans leurs entourages proches diverses émotions qui vont de la colère à l'anxiété, la peur ou la tristesse voire à une dépression.

Le dysfonctionnement familial est un révélateur d'une souffrance psychologique et d'une mutation profonde dans la société, quand une famille contient un membre dans le comportement lui échappe ; elle souffre de ne pas le comprendre et/ou de ne pas être comprise par lui, qui participe aussi à la souffrance de tous, les relations familiales sont perturbées sans que personne ne sache ce qu'on peut y faire.

Un patient atteint d'insuffisance rénale, tout autant que sa famille, a particulièrement besoin de compréhension et de soutien.

Dans ce travail de recherche on a essayé de présenter le dysfonctionnement familial et la dépression que les insuffisants rénaux vivent dans leurs vies quotidiennes.

Pour la vérification de nos hypothèses de recherche, on à suivit la méthode clinique qui se base sur plusieurs technique d'investigation (guide d'entretien semi-directif, test de la famille (FAT), et l'échelle de Beck (BDI-II)).

Pour conclure la personne qui souffre d'insuffisance rénal à besoin d'un soutien psychologique et une aide et d'une compréhension familiale pour dépasser sa souffrance.

Liste bibliographique

Liste des ouvrages :

- 1- Abassi .Z, (2004), **La demande de divorce dans la famille algérienne contemporaine**, Alger, OPU
- 2- Albernhe, K., Albernhe, T, (2004), **Les thérapies familiales systémiques**, Paris Masson.
- 3- Association Américaine de psychiatrie DSMIV, (1999) .**Manuel diagnostique statistique des troubles mentaux**, Paris, Masson.
- 4- Boubchir M A. (2002), **Monographie sur l'insuffisance rénale chronique**, Alger.
- 5- Briffault. D., & Caria. A, (2007), **La dépression en savoir plus pour en sortir**, Inpes
- 6- Bernard, P., Brisset, CH, (1989), **Manuel de Psychiatrie**, Paris.
- 7- Besançon, G, (2005), **Manuel de Psychopathologie**, Paris, Dunod.
- 8- Boutefnouchet.M, (1982), **La famille algérienne : évolution et caractéristique récente**, Alger, 2^{em} édition.
- 9- Bouvard. M, Cotraux.J, (1996), **protocoles et échelles d'évaluation en psychologie**, paris, Masson.
- 10- Chahraoui KH. , Benony h. (1999), **L'entretien clinique**, paris, Donod
- 11- Chahraoui KH., Benonyh, (2004), **L'entretien clinique**, paris, Donod
- 12- Christen.M, &Heim. CH, et coll, (2005), **Vivre sans violence ? Dans les couples, les institutions, les écoles**, Ramonville Saint-Agne, Erés.
- 13- Caroline, R, (2000), **Les adolescents face à la violence**, Paris, Syros.

- 14- De Neuter.P, & Frogneux.N, (2009), **Violences et agressivités au sein de couple** (volume 2), Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant.
- 15- Fourcade.J, (2006), **Insuffisance rénale aigue**, France, faculté de médecine Montpellier-Nimes.
- 16-Fonttaine. M, (1968), **Guide de la psychologie moderne**, Centre national du livre familial, Paris
- 17-Guide du parcours de soins, (2012), **Maladie Rénale Chronique de l'adulte**, Haute Autorité de Santé,Paris
- 18- Gougoux.A, (1942), **physiologie des reins**, Canada.
- 19-La villem M et martine x, (2008), **Néphrologie et urologie. Soins infirmiers**, 4^{ème} édition, France, Elsevier Masson.
- 20- Maisondieu, J., & Métayer. L, (2001) **les thérapies familiales**, Paris, PUF
- 21- Marie-Alyette Costa, (2 0 0 4),**L A R E V U E D U P R A T I C I E N**, Paris
- 22- OLMER. M., (2007). **vivre avec une maladie des reins**, Lyon, L.I.
- 23- Organisation Mondiale de la Santé, (2001), **Classification multiaxiale des troubles psychiatrique chez l'enfant et l'adolescent**, Paris, Masson
- 24- Pedinielli, J-L., Bernoussi, A, (2005), **Les états Dépressifs**, France, Nathan.
- 25- Pedinielli.j.(2005). **L'observation clinique et l'étude de cas**, Armand colin, Masson.
- 26- Pewzner, E., (2003), **Introduction à la psychopathologie de l'adulte**, Paris, Armand colin 2^e édition.
- 27- Segalen.M, (2000), **Sociologie de la famille**, Paris, Armand colin.

28- Simon P, (2007), **L'insuffisance réelle prévention et traitement**, Belgique Elsevie Masson.

2. Dictionnaires :

1- Bloch. H, & Chemama. R, et All, (2011), **Grand dictionnaire de psychologie**, Paris, la Rousse.

2- Dortier. J.F, (2004). **Le dictionnaire de sciences humaines**, France, sciences humaines.

3- Robert, P, Rey-Debove, J & Rey, A., (2004). **Le nouveau petit Robert**, Paris josett.

4- Sillamy Norbert. **Dictionnaire de psychologie**, édition, La rousse, paris.

Les annexes

Guide de l'entretien semi directif

Information concernant le patient

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Etes-vous célibataire ou marié(e)... ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quel est votre profession ?
- Quel est la nature de votre maladie ?

Axe 01. Le vécu psychologique du malade dans le service

- Depuis quand vous êtes malade ?
- Avez-vous souffert d'une maladie (atteinte) dans votre enfance ?
- Avez-vous d'autres maladies à part l'insuffisance rénale ?
- Avez-vous subie une intervention chirurgicale avant ?
- Y-a-t-il d'autres personnes de votre familles atteinte de la même maladie ?
- Quelle était votre réaction la première fois quand on vous a annoncé votre diagnostique ?
- Eté vous déjà hospitalisé pour d'autres motifs à part cette maladie ?
- Quel est votre sentiment quand vous été hospitalisée pour la première fois ?
- Y a-t-il un changement dans votre mode de vie après la maladie ?
(habitudes, comportement, profession, projet, travaux...)
- D'après vous quels sont les causes de votre maladie ?
- Que pensez-vous de l'hémodialyse ?
- Parlez nous de votre sentiment au moment de la dialyse ?

Axe 02. Informations sur la dépression

- Est-ce que vous vous senti triste ?comment ?
- Pouvez-vous me décrire votre tristesse ?
- Est-ce que vous senti la fatigue souvent ?
- Est-ce que vous arrivez à dormir ?
- Est-ce que vous préférez d'être seul ?
- Avez-vous remarqué un rétrécissement dans vos activités quotidiennes ?

Axe 0 3.la dynamique relationnel avec sa famille

- Avez-vous remarqué un changement de votre relation avec la famille après cette maladie ?
- Comment elle est votre relation avec vos parents ?
- Ace que vous parent se dispute ?
- Comment vos parent règle leur dispute ?
- Avez-vous des frères et sœurs ?
- Ya t-il des conflits entre vous et vos frères et sœurs ?
- Recevez-vous un soutien de la part de votre famille ?
- Recevez-vous des visites quand vous été hospitalisée ?
- Comment est votre relation avec votre entourage avant et après la maladie ? (famille, amis, etc.)

AXE 04. Le regard sur l'avenir

- Comment voyez-vous votre avenir ?

Guide de l'entretien semi directif

Information concernant le patient

- Amek isem-ik ?
- Achal di l3emr-ik ?
- Tzewjed nagh mazal ?
- Anda tessawded deg leqraya ?
- D acu it xedmed deg tudert-ik ?
- D acu id lahlak-ik ?

Axe 01. Le vécu psychologique du malade dans le service

- Achal aya mi tellid d amudin ?
- Tes3id lehlakat nniden deg temzi-k ?
- Tes3id lehlakat nniden nagh ala lehlak n gezzal ?
- Txedmed yakan l'opération ?
- Tess3id yiwen deg twacult-ik yes3a lehlak-agi ?
- Amek ik tedra ass amenzu mi t3almed s lehlak-ik ?
- Tkecmed ghar sbittar yakan f sebba nniden ?
- Amek it hussed ass amenzu mi tkecmed ghar sbittar ?
- Llant lehwayej ibedlen deg tm3ict-ik seg wasmi it helked ?
- Aken tettwalid d acu id sebba n lehlak-ik ?
- D acu id tt-xmam-ik f l'hémodialyse ?
- Meslayed ghef ayen tetthulfud mi ara txedmed la dialyse ?

Axe 02. Informations sur la dépression

- Tetthusud thezned ?amek ?
- Tzemred ay d hkud ghef lhezni-ik ?
- Tetthusud dima ta3yid ?
- Tessawaded ad tegned ?
- Themled ad tellid d awhid ?
- Tettwalid tneqssed deg wayen txedmed yal ass ?

Axe 0 3.la dynamique relationnel avec sa famille

- Twalad yella ubeddel gar-ak d imawlan-ik ?
- Amek tettma3amalem kec d baba-k ak d yemma-k ?
- Ttnaghen imawlan-ik ?
- Amek i ferrun amenugh nsen ?
- Tes3id ayetmak ?
- Yella lxilaf gar-awen ?
- Beddend ghur-k imawlan-ik ?
- Tessa3ud tirzaasmi tellid deg sbittar ?
- Amek tettem3amaled kec d twacult-ik ak d lehbab-ik uqbel ad thelked d tura ?

AXE 04. Le regard sur l'avenir

- D acu tettwalid gher zdat ?

Guide de l'entretien semi directif

Information concernant le patient

- Amek isem-ik ?
- Achal di l3emr-ik ?
- Tzewjed nagh mazal ?
- Anda tessawded deg leqraya ?
- D acu it xedmed deg tudert-ik ?
- D acu id lahlak-ik ?

Axe 01. Le vécu psychologique du malade dans le service

- Achal aya mi tellid d amudin ?
- Tes3id lehlakat nniden deg temzi-k ?
- Tes3id lehlakat nniden nagh ala lehlak n gezzal ?
- Txedmed yakan l'opération ?
- Tess3id yiwen deg twacult-ik yes3a lehlak-agi ?
- Amek ik tedra ass amenzu mi t3almed s lehlak-ik ?
- Tkecmed ghar sbittar yakan f sebba nniden ?
- Amek it hussed ass amenzu mi tkecmed ghar sbittar ?
- Llant lehwayej ibedlen deg tm3ict-ik seg wasmi it helked ?
- Aken tettwalid d acu id sebba n lehlak-ik ?
- D acu id tt-xmam-ik f l'hémodialyse ?
- Meslayed ghef ayen tetthulfud mi ara txedmed la dialyse ?

Axe 02. Informations sur la dépression

- Tetthusud thezned ?amek ?
- Tzemred ay d hkud ghef lhezni-ik ?
- Tetthusud dima ta3yid ?
- Tessawaded ad tegned ?
- Themled ad tellid d awhid ?
- Tettwalid tneqssed deg wayen txedmed yal ass ?

Axe 03. la dynamique relationnel avec sa famille

- Twalad yella ubeddel gar-ak d imawlan-ik ?
- Amek tettma3amalem kec d baba-k ak d yemma-k ?
- Ttnaghen imawlan-ik ?
- Amek i ferrun amenugh nsen ?
- Tes3id ayetmak ?
- Yella lxilaf gar-awen ?
- Beddend ghur-k imawlan-ik ?
- Tessa3ud tirzaasmi tellid deg sbittar ?
- Amek tettem3amaled kec d twacult-ik ak d lehbab-ik uqbel ad thelked d tura ?

AXE 04. Le regard sur l'avenir

- D acu tettwalid gher zdat ?

