



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

*Université Abderrahmane Mira de Béjaïa  
Faculté des sciences humaines et sociales  
Département des sciences sociales*

## *Mémoire de fin de cycle*

En vue de l'obtention du diplôme de master  
Option : Option Psychologie Clinique

### *Thème*

## *La dépression et le deuil chez les adultes hémodialysés*

*Etude clinique projective d'un cas (01) au niveau de l'EPH Bordj Bou Arreridj*

*Présenté par :*

**M<sup>elle</sup> HAMMICHE Syla**

**M<sup>elle</sup> IDIR Yasmine**

*Encadré par :*

**D<sup>r</sup> GACI Khelifa**

**Année 2020-2021**

## *Remerciements*

*Nous remercions en premier lieu le bon dieu de nous avoir donné le courage et la volonté de réaliser ce travail.*

*On tient tout particulièrement à remercier notre encadrant, Docteur Gaci khelifa, qui n'a pas ménagé le moindre effort pour nous assister dans le choix du thème et la réalisation du mémoire.*

*L'expression de notre profonde gratitude quant à sa patience, le temps et l'attention qu'il nous a consacrée.*

*Nous tenons à remercier le directeur et la responsable de stage et la psychologue de l'hôpital « Bouzidi lakhdar » et toute l'équipe médicale pour leurs gentillesse, disponibilités et soutien lors de notre stage pratique, nous remercions les patients, qui ont donné leurs consentements à être inclus dans ce travail.*

*Ainsi nous remercions tous ceux qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail grâce à leur disponibilité, compréhension et collaboration.*

## *Dédicace*

*Je tiens à dédier ce modeste travail :*

*À ma famille, elle qui m'a doté d'une éducation digne, son amour a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.*

*À ma chère mère celle qui a attendu avec patience les fruits de sa bonne éducation et de ses dévouements.*

*À mon cher père celui qui s'est changé la nuit en jour pour m'assurer les bonnes conditions.*

*À la mémoire, à l'âme de ma grand-mère que dieu l'accueille dans son vaste paradis*

*À ma grand-mère Louiza et à la mémoire de mon seul oncle « Djamhour » que Dieu l'accueille dans son vaste paradis.*

*À mes piliers, frères et sœurs : Bachir ,Nadjim, Mohand, Mina ,Sihem Sarah merci pour votre encouragement et votre soutien qui m'a beaucoup aidé à avancer dans ma vie.*

*À mes belles sœurs Louiza, Lydia et mes petits anges Zohra, Aylan, Elyas et à mes beaux frères Sofian, Saadi, Yacine.*

*À tous mes cousins et cousines, en particulier : Faycel , Mouloud, Mélissa, Djahid, Sahra , Maïssa , Anais ,Aya , Wassim*

*À mes chers et proches amis en générale et en particulier :*

*Salah , Lydia , Meriem, Nadine , Imane ,Bilal ,Céline ,Myriam, Syphax , Ahmed ,Amina, Wissam , Said , Yerathen ,Maria ,Chimou , Liha , Kamillia ,Hakim, walida , Moumen , Adel , fares, Celia ,Katia*

*À ma chère binôme Yasmine ainsi qu'à toute sa famille.*

*À mon encadreur Docteur Gaci khelifa merci pour votre présence et votre soutien.*

*À tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.*

*« Sylia »*

## *Dédicace*

*Je tiens à dédier ce mémoire :*

*A mes très chers parents, nul mot ne saurait exprimer à ses justes valeurs le dévouement et le profond respect que je poste envers vous. Rien au monde ne pourrait compenser tout ce que vous avez fait pour moi, que ce travail soit le témoignage de ma gratitude et de mon grand amour, que dieu vous accorde santé bonheur et prospérité.*

*À mes très chers sœurs « Kahina et Sabrina » pour toute l'affection qu'elles m'ont données et leurs encouragement ainsi qu'à mes beaux-frères « Nabil et Rabah».*

*À mes deux magnifiques frères « Lyes, Massi »*

*À ma petite nièce « Meriem »*

*À mon meilleur ami « Malek » qui a toujours était à mes cotés*

*À tous les membres de ma famille paternelle et maternelle*

*À tous mes chères copines sans exceptions*

*Kakou, Célena, Dida, Célia, Warda, Wissam ...*

*À mon encadreur monsieur Gaci khelifa*

*À tous les enseignants depuis mes premières années.*

**« Yasmine »**

## *Liste des abréviations*

<b>Abréviations</b>	<b>Significations</b>
A	Animal
C	Couleurs
CIM	Classification internationale dans la maladie
CPA	Centre de psychologie appliquée
DE	Dépression essentielle
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DSM	Diagnostic and statistical manuel
DPA	Dialyse péritonéale automatisée
DPCA	Dialyse péritonéale continue ambulatoire
EPO	Erythropoïétine
F	Forme
FMF	Fièvre méditerranéenne familiale
FNAIR	Fédération national d'aide aux insuffisants rénaux en France
G	Globale
H	Humain
HD	Hémodialyse
IRA	Insuffisance rénale aigue
IRC	Insuffisance rénale chronique
IRCT	Insuffisance rénale chronique terminal
IRT	Insuffisance rénale terminal
OMS	Organisation mondial de la santé

**La liste des figures :**

N° de figure	Titre de figure	Page
(01)	La structure du rein	07
(02)	L'hémodialyse chronique	16
(03)	La dialyse péritonéale	17

**La liste des tableaux :**

N° de tableau	Titre de tableau	Page
(01)	Les différents stades des l'IRC	13
(02)	Récapitulatif des cas étudiés	66
(03)	Le protocole de cas Anissa	77
(04)	Psychogramme de cas Anissa	81

Remerciement	
Dédicace	
Liste des abréviations	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Introduction	01

**Partie Théorique**

**Chapitre I : L'aspect médical de l'insuffisance rénale.**

Préambule	06
1-Définition du rein	06
2-La structure du rein	07
3-Les fonctions du rein	08
4-L'insuffisance rénale	09
5-Définition de l'insuffisance rénale aiguë(IRA)	09
5-1 :Les causes de l'IRA	09
5-2 :Les symptômes de l'IRA	10
5-3 :Les types d'IRA	10
5-4 :Diagnostic d'une IRA	10
5-5 :Les complications de l'IRA	11
6-Définition de l'insuffisance rénale chronique (IRC)	12
6-1 :Les causes de l'IRC	12
6-2 :Les symptômes de L'IRC	12
6-3 :Les stades de L'IRC	13
6-4 :Les types de L'IRC	13
6-5 :Le diagnostic de L'IRC	14
6-6 :Les complications de L'IRC	14

7- Le traitement de suppléance de la fonction rénale -----	14
8- Historique de dialyse -----	14
9- Définition de l'hémodialyse -----	15
10- Déroulement d'une séance d'hémodialyse -----	15
11- Les thérapies de remplacement de la fonction rénale -----	16
12- Les composants du système d'hémodialyse -----	19
13- L'insuffisance rénale en Algérie -----	19
Conclusion du chapitre-----	20

### **Chapitre II : L'aspect psychologique chez les hémodialysés**

Préambule -----	22
1- L'annonce de la maladie -----	22
2- Le problème du rapport au temps des hémodialysés -----	22
3- Les mécanismes de défense chez les hémodialysés -----	23
4- La dépression chez les hémodialysés -----	24
5- Le travail du deuil chez les hémodialysés -----	25
6- L'impact de la maladie sur la vie familiale -----	26
7- La qualité de vie -----	26
8- La sexualité de la personne dialysée -----	27
9- Les contraintes psychologiques -----	28
10- La prise en charge psychologique -----	29
11- Le rôle des soignants -----	29
Conclusion du chapitre -----	30

### **Chapitre III : La dépression et le deuil**

Préambule -----	33
I) La dépression -----	34
1- L'histoire de la dépression -----	34

2- Définition de la dépression -----	36
3- La sémiologie -----	36
4- Les formes cliniques de la dépression -----	37
5- Les bienfaits de la dépression -----	41
6- Les éléments psychodynamique relatifs au deuil, au travail de deuil à la dépression -----	42
7- La dépression selon le modèle psychanalytique -----	45
8- Le travail psychanalytique dans les dépressions -----	45
II) Le deuil -----	47
1- Définition de deuil -----	47
2- Les types de deuil -----	47
3- Les phases de deuil -----	50
4- La prise en charge de l'endeuillé -----	52
Conclusion du chapitre -----	54
<b>Problématique et hypothèses</b>	
Problématique et hypothèses -----	56
Opérationnalisation des concepts -----	59
<b>Partie pratique</b>	
<b>Chapitre IV : Méthodologie de la recherche</b>	
Préambule -----	63
1- La pré-enquête -----	63
2- La méthode de recherche -----	64
2-1 La méthode clinique -----	64
2-2 L'étude de cas -----	64
3- Le groupe d'étude et ses caractéristique -----	65
3-1 Critères d'inclusion de groupe d'études -----	65
3-2 Les caractéristiques de groupe d'étude -----	66

4- Présentation du lieu de la recherche -----	66
5-Les outils de la recherche -----	66
5-1 L'entretien clinique de recherche -----	66
5-2 L'entretien clinique -----	67
5-3 L'entretien semi –directif -----	67
5-4 Guide d'entretien -----	67
5-5 Le Rorschach -----	68
6-Le déroulement de la recherche -----	73
Conclusion du chapitre -----	73
<b>Chapitre V : Présentation et analyse et discussion des résultats :</b>	
Préambule -----	75
1-Présentation et analyse des cas-----	75
1-1 Présentation de cas d'Anissa-----	75
2-Discussion des hypothèses-----	86
Conclusion -----	89
Bibliographie -----	92
Annexe	

# *Introduction*

## Introduction :

L'homme dans sa vie a besoin d'être en bonne santé à fin de remplir autant que possible ses tâches et ces activités quotidiennes et sa relative autonomie. Selon Paul Valéry

« La santé, c'est le silence des organes ».

Pour Nordenflet «La santé est la capacité Physique et psychique à atteindre ses objectifs par soi-même ». Le bien-être est la chose la plus importante pour un être humain, mais parfois, il peut faire face aux maladies qui peuvent affecter sur sa santé mental et physique, et bouleverse de plusieurs manières son univers. Parmi ces maladies, on trouve les maladies chroniques ou la personne est condamnée à vivre avec. Tels : le diabète, hypertension, cancer et l'insuffisance rénale, cette dernière se définit comme une diminution progressive du fonctionnement des reins c'est-à-dire les reins s'arrêtent de fonctionner correctement, ne filtrent plus le sang.

D'après FNAIR (fédération national d'aide aux insuffisants rénaux, en France), les reins ont un rôle filtre ; ils éliminent les déchets (urée , créatinine, acide urique ...) transportés par le sang et les évacuent sous forme d'urines ; ils maintiennent constante la qualité d'eau dans le corps et équilibrent les taux de sels minéraux nécessaires a l'organisme ils produisent aussi des hormones , Enzymes et des vitamines indispensable a certains fonctions l'érythropoïétine stimule la fabrication des globules rouges par la moelle osseuse , la rénine participe à la régulation de la pression artérielle et la vitamine ``D`` favorise l'absorption du calcium dans le tube digestif et sa fixation sur les os ; beaucoup de maladies peuvent toucher les reins et les abimer, quelles soient d'origine mal formative et congénitale héréditaire, ou encore acquise.

En effet, l'insuffisance rénale peut être la conséquence d'une de ces maladies ; lorsque les deux reins ne fonctionnent plus correctement, notre organisme est petit à petit empoisonné par les déchets qui ne sont plus éliminés.

L'insuffisance rénale, c'est une maladie de longue durée, évolutive et qui nécessite des séances de dialyse coûteuses et pénibles aussi bien sur le plan psychologique que sur le plan physique, elle est souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. Cette pathologie peut être aigue ou chronique.

# *Introduction*

---

L'IR dite chronique lorsque cette perte de fonction est progressive et que les lésions présentes dans les reins ont un caractère irréversible ; dans bien des cas, elle progresse graduellement et peut évoluer sur un grand nombre d'années surtout si elle a été détectée précocement et traitée de manière adéquate ; malheureusement, il arrive fréquemment (dans au moins un tiers des cas) que la maladie rénale ne soit pas découverte, qu'au stade où le traitement de suppléance devient nécessaire.

L'insuffisance rénale chronique comme toutes les maladies chroniques, engendrent une atteinte psychologique et sociale, elle a un impact sur la vie quotidienne du patient à savoir la limitation fonctionnelle des activités, la dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une dialyse. Les patients atteints d'IRT doivent absolument recourir à des traitements tels que l'hémodialyse pour survivre.

L'hémodialyse : c'est une méthode de suppléance rénale, c'est-à-dire c'est une technique permettant de survivre avec des reins qui ne fonctionnent plus ou presque plus. Elle permet de débarrasser le sang des déchets et de l'eau normalement éliminés par les reins, elle est très efficace, elle permet une bonne épuration en quelques heures et les plus souvent, trois séances d'hémodialyse de 3 à 4 heures par semaine sont suffisantes pour maintenir un bon état général des milliers de patients vivent grâce à cette technique dans le monde.

Le patient atteint d'une IRC, qui est automatiquement mis sous dialyse, reste exposé à des nombreuses contraintes psychologiques, résultat de la lourdeur des traitements et des séances de dialyse (Libbey,2007).

C'est-à-dire l'intrusion de cette maladie et ce traitement dans la vie du patient induit de nombreux bouleversements émotionnel, psychologique, sociaux .... Plusieurs études et approches montrent que les maladies chroniques peuvent influencer et modifier la personnalité et la structure de la personne, plus précisément sur le plan psychique.

La dépression est l'une des conséquences de la souffrance psychique due à cette maladie, cette dernière représente l'expression la plus commune de la détresse des patients dialysés, et est associée à un taux élevé de mortalité. Le deuil et la dépression sont souvent confondus tous ont un rapport à la perte.

# *Introduction*

---

Pour mener à bien notre étude et afin d'enrichir et d'éclaircir les idées qu'on a abordées précédemment, on a suivi le plan de travail suivant :

Dans notre recherche portée sur le thème « La dépression et le deuil chez les adultes hémodialysés » Nous allons adopter la théorie psychanalytique. Cette dernière explique la dépression sous plusieurs angles, pour réaliser notre recherche, on s'est basé sur l'étude de quatre (04) cas, pris au service d'hémodialyse de l'hôpital Bordj-Bou-Arreridj.

Après avoir exposé l'introduction, notre recherche se devise en deux parties principales théorique et pratique.

La partie théorique est axée sur trois chapitres :

**Chapitre I :** nous avons exposé le concept d'hémodialyse par une revue littérature notamment ceux d'épidémiologie, les causes, les symptômes, le diagnostic et le traitement de suppléance.

**Chapitre II :** contient l'aspect psychologique des hémodialyses.

**Chapitre III :** est réservé à la dépression et le deuil, comprend tous les concepts ayant un rapport avec ces deux états.

Ensuite, entre la partie théorique et la partie pratique, on va présenter le cadre générale de notre problématique.

La partie pratique est axée sur deux chapitres :

**Chapitre IV :** méthodologie de la recherche dans lequel nous allons expliquer surtout la méthode utilisée dans notre recherche, notre groupe de recherche se composant de (04) cas, les outils de recherche et leurs analyses ainsi que le déroulement de l'enquête.

**Chapitre V :** est consacré à la présentation de cas et leurs analyses, Ensuite, on a procédé à une discussion de l'hypothèse de départ.

Pour terminer ce travail, nous clôturons par une conclusion, des références bibliographiques et des annexes.

# *Partie théorique*

# *Chapitre I*

## *L'aspect Médical de l'insuffisance rénale*

**Préambule :**

Les reins représentent l'acteur majeur du système urinaire, se sont deux organes polyfonctionnels qui assurent des missions assez différentes, à savoir la filtration, la réabsorption ainsi que la sécrétion. Parfois les reins sont incapables d'accomplir leurs fonctions, ce qui engendre des complications qui peuvent menacer la continuité normale de la vie des concernés par ce dérèglement. Essayons dans ce chapitre suivant de présenter l'anatomie du rein et ce que sont ses différentes fonctions, les symptômes et les causes de l'insuffisance rénale ainsi ses types et sa classification, puis on va aborder les types d'hémodialyse et les complications et le déroulement des séances.

**1-Définition du rein :**

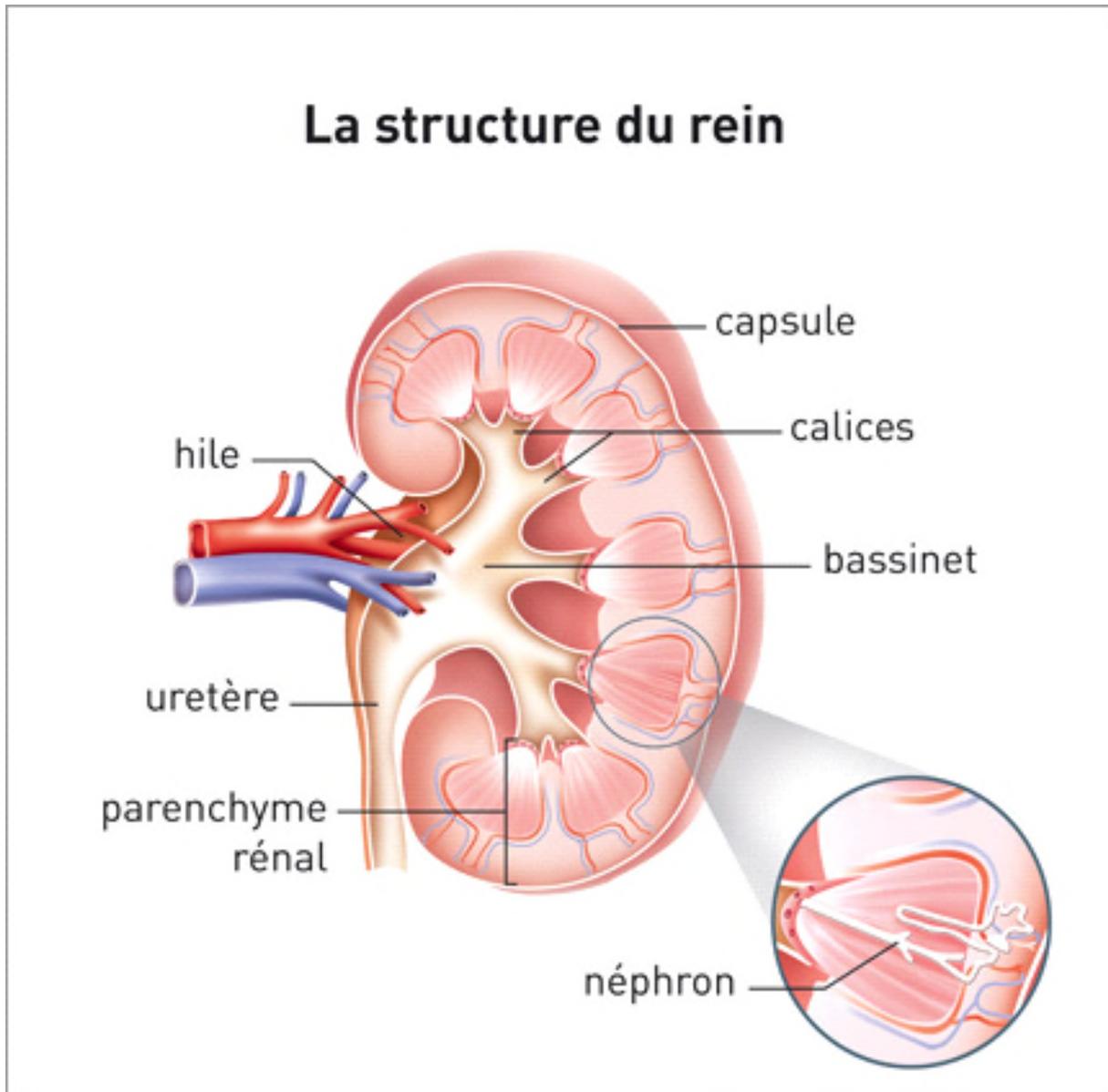
Les reins sont deux organes volumineux, pairs et symétriques qui font partie de l'appareil urinaire de couleur rouge brun en forme de haricot, ils sont situés au région abdominale du coté postérieur de part et d'autre de la colonne vertébral, le rein gauche est localisé plus haut que le rein droit. Chez l'adulte le rein mesure 12 cm de hauteur, 6cm de longueur et 3cm d'épaisseur, chaque rein pèse généralement entre 100-150 grammes (Housset et all, 2010, p.5).

Chaque minute, les reins filtrent et nettoient ainsi environ 1 litre de sang soit plus de 1400 litres par jours, produisant environs 1.5 litres d'urine quotidiennement (Idier, 2012, p.16).

Nous allons présenter le schéma anatomique du rein afin de connaitre les différentes parties fonctionnelles de celui-ci (Voire le schéma N°1, Page 2).

Schéma N°1 :

## 2- La structure du rein



Selon **Larousse Médical** le rein est enveloppé d'une **capsule** fibreuse résistante et inextensible qui contient le **parenchyme** (tissu fonctionnel) rénal, les branches de division des vaisseaux rénaux, les voies excrétrices intra rénales (les **calices** et une partie du **bassinnet**), que prolongent les voies excrétrices extrarénales (l'autre partie du bassinnet, l'**uretère**, la **vessie**, l'**urètre**). Le parenchyme rénal est constitué de deux zones : le cortex, en périphérie, et la médulla, au centre. La fonction essentielle de ce tissu, où se trouvent les **néphrons** (formés chacun d'un **glomérule** et d'un **tube urinifère**), est l'élaboration de l'urine (Larousse médical, 2012, p.825).

**3-Les fonctions du rein :**

Le rein assure plusieurs fonctions parmi lesquelles on peut individualiser une fonction dite exocrine qui permet, entre autres, d'éliminer des déchets protéiques, du sel et de l'eau, et une fonction, dite endocrine, de sécrétion de certaines hormones.

**3-1-Fonctions exocrines :**

**3-1-1 Le rein élimine les produits toxiques de l'organisme (filtre) :** La fonction des reins est d'éliminer les déchets toxiques produits par le fonctionnement normal de l'organisme et transportés par le sang. Ces substances sont inutiles à l'organisme et sont toxiques si elles ne sont pas éliminées.

**3-1-2 Le rein régule les quantités d'eau dans l'organisme :** L'être humain absorbe l'eau principalement en buvant et en mangeant. Lors de la digestion, la décomposition des aliments produit de l'eau; on parle d'eau d'oxydation". L'eau est éliminée principalement par les urines. Mais aussi par les selles, la sueur et la respiration.

Les reins permettent donc à l'organisme de maintenir la quantité d'eau qui lui est nécessaire. Ils filtrent environ 180 litres de liquides amenés par le courant sanguin, mais ne rejettent toutefois que 1,5 à 2 litres d'urines par 24 heures. Ceci sous-entend que la quasi-totalité des liquides filtrés est réabsorbée par les tubules des néphrons.

**3-1-3 Valeurs normales des électrolytes :** Les substances minérales appelées aussi électrolytes sont indispensables à l'organisme, parmi eux on peut citer le sodium et le potassium qui proviennent des aliments, Leur manque ou leur excès peut être à l'origine de complications sévères. Les reins assurent donc leur maintien à un niveau constant, les excédents étant éliminés dans les urines.

**3-1-4 Le rein régule le milieu intérieur :** Le rein a une fonction de régulation du milieu intérieur en éliminant plus ou moins les acides en excès provenant de l'alimentation. Pour évaluer l'état d'acidité de l'organisme, on peut mesurer, à partir d'un prélèvement de sang, les bicarbonates et le pH sanguin qui est à l'état normal neutre (Olmer, 2007, p.12).

**3-2- Fonctions endocrines :**

**3-2-1 : Le rein intervient dans la production et la sécrétion d'hormones :** Les reins produisent également plusieurs hormones, des enzymes et des vitamines dont: La rénine est indispensable à la régulation de la tension artérielle, l'érythropoïétine (EPO) agit sur la moelle osseuse pour produire des globules rouges, le calcitriol forme active de la

vitamine "D" est produit par les reins permet l'absorption du calcium par l'intestin et sa fixation dans les os, afin de garantir leur bon état ( Olmer,2007,p.13).

D'après ces définitions nous constatons que les reins au nombre de deux, sont les organes de l'excrétion de l'urine. Ces missions sont multiples : filtrer le sang et débarrasser de ces déchets, ainsi gère L'eau c'est-à-dire ils régulent l'équilibre en eau et en sels, ils permettent a l'organisme de maintenir la quantité nécessaire et parmi ces rôles aussi on trouve l'action sécrétrice, ils produisent les hormones.

#### **4-L'insuffisance rénale :**

L'insuffisance rénale est définie comme étant une détérioration progressive de la fonction de filtration sanguine qu'assurent les reins, elle est due au surplus d'eau et les autres substances contenues dans le sang, censées être rejetées vers l'extérieur par l'urine, retournent alors dans l'organisme.

Selon la rousse médicale : C'est la réduction de la capacité des reins à assurer la filtration et l'élimination des produits de déchets du sang à contrôler l'équilibre du corps en eau et en sels et à régulariser la pression sanguine .Cette pathologie peut-être aigue ou chronique.

#### **5-Définition de L'insuffisance rénale aigue (IRA) :**

L'insuffisance rénale aigue (IRA) est définie par la baisse brutale et importante de la filtration glomérulaire, et de la défaillance rapide (quelques heures à quelques jours) des fonctions rénales , elle traduit la perte de l'homéostasie hydro-électrolytique et acido-basique et l'accumulation de déchets organiques .Elle est caractérisé par la première manifestation clinique est une chute de la diurèse, et d'autres manifestations clinique qui sont la conséquence d'accumulation de toxine azoté ou d'une défaillance de la fonction endocrine du rein (Boubchir & Haned, 2007,p.177).

Contrairement à l'insuffisance rénale chronique, l'insuffisance rénale aigue guérit plus souvent sans séquelles (Larousse médicale, 2001, p.490).

**5-1 : Les causes de l'insuffisance rénale aigue (IRA) :** Une défaillance aigue des reins peut être due à divers causes telle que : une blessure grave ou soudaine, La présence de substances chimiques toxiques et Hémorragie sévère ainsi une infection sévère, Les causes peuvent être

une maladie cardiaque telle que l'insuffisance cardiaque, elles peuvent être dues aussi à la prise de certains médicaments.

### **5-2 : Les symptômes**

Les **symptômes de l'insuffisance rénale aiguë** peuvent survenir brutalement, parfois en quelques heures, quelques jours, voire quelques semaines. On distingue :

Une réduction du débit urinaire -la diurèse- (inférieure à 500 ml /24h) ou une absence d'urine l'anurie (diurèse inférieure à 300ml /24h), quelque fois l'émission d'urine peut être maintenue.

Il existe d'autres symptômes telles que les nausées, les vomissements, et la prise de poids, Œdèmes dus à la rétention d'eau, Troubles du rythme cardiaque, ainsi les troubles digestifs (Ellipses, 2012).

### **5-3 Les principaux types d'IRA : Il existe trois types d'IRA**

**5-3-1 : L'IRA obstructive, « post-rénale » :** Elle est due à un obstacle bilatéral sur les voies excrétrices (ou unilatéral sur rein unique), l'obstacle peut être incomplet, et n'est donc pas toujours associé à une anurie.

**5-3-2 :L'IRA fonctionnelle « Pré-rénale » :** Elle est liée à une diminution du flux sanguin rénal et de la pression de perfusion en raison d'une hypo volémie vraie (Hémorragie, déshydratation) ou efficace (insuffisance cardiaque..), la baisse de la filtration glomérulaire est la conséquence de l'hypo-perfusion rénale).

**5-3-3 :L'IRA organique :** Elle est liée à une atteinte d'une des structures du parenchyme rénal, il existe 4types d'atteinte : nécrose tubulaire aiguë, néphropathie interstitielle aiguë, glomérulonéphrite aiguë, néphropathie vasculaire aiguë (Lebon, 2013,p.93).

### **5-4 Diagnostic d'une insuffisance rénale aiguë (IRA) :**

Il repose sur un interrogatoire, un examen clinique complet, un bilan biologique sanguin et urinaire et certains examens morphologiques, selon le contexte étiologique.

**5-4-1 : Le caractère aigu de l'insuffisance rénale :**

L'insuffisance rénale est affirmée devant une augmentation rapide de l'urée plasmatique et de la créatininémie en quelques jours ou semaines.

Elle est aiguë :

Si la fonction rénale était normale auparavant

Si les reins sont de taille normale ou augmentés

L'absence d'anémie et d'hypocalcémie à la prise de sang.

**5-4-2 : Diagnostic positif :** Augmentation brutale de la créatinine et l'urée plasmatique en quelques jours ou quelques semaines.

**5-4-3 : Diagnostic différentiel entre anurie et rétention aiguë d'urines :**

Il faut savoir faire la différence entre l'anurie et la rétention aiguë d'urines : en cas d'anurie la formation d'urine par les reins est arrêtée, la vessie est vide, alors que lors d'une rétention aiguë d'urine, l'arrêt de la diurèse est lié à un défaut de vidange vésicale (Ellipse,2012, p.182).

**5-5 Les complications de L'IRA :**

**5-1 : La mortalité :** 50 % de mortalité pour les IRA prise en charge en réanimation toute cause confondue. Elle est liée :

A la maladie causale : choc, grand traumatisme.

Au terrain sur lequel elle survient âge du patient, insuffisance respiratoire, diabète, cancers.

Aux complications secondaires.

**5-2 : Les principales complications :** Les complications métaboliques ; les infections nosocomiales ; les hémorragies digestives les complications cardiovasculaires (Lebon, 2013, p.102).

**6- Définition de l'insuffisance rénale chronique IRC :**

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par une diminution progressive et irréversible du débit de filtration glomérulaire (DFG). Elle résulte en règle de l'évolution d'une maladie rénale chronique.

Une Autre définition : une altération progressive des fonctions excrétrices et endocrines du parenchyme rénal, conséquence de lésions anatomiques irréversibles (Boubchir, 2004, p.22) .

**6-1 : Les causes de l'insuffisance rénale chronique :**

Elles sont multiples :

Néphropathies vasculaires, Néphropathies diabétiques (dont diabète type 2), Néphropathies héréditaires et familiale (dont polykystose rénale) Glomérulonéphrites chroniques, Néphropathies d'origine indéterminée, les maladies de système, Le diabète et hypertension artérielle (Ellipses, 2007, p.201).

**6-2 : Les symptômes de l'insuffisance rénale chronique :**

**6-2-1 Signes cardiovasculaires :** HTA, atteinte cardiaque pouvant évoluer vers une insuffisance cardiaque.

**6-2-2 Signes neurologiques :** troubles sensitifs et moteurs au niveau des membres inférieurs.

**6-2-3 Signes osseux :** ostéodystrophie avec douleurs osseuses et fractures pathologiques.

**6-2-4 Signes hématologiques :** anémie et tendance hémorragique.

**6-2-5 Troubles endocriniens :** intolérance au glucose, anomalie lipidiques, impuissance, troubles menstruels

**6-2-6 Troubles digestifs :** anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, hémorragie digestives.

**6-2-7 Troubles neurologiques :** fatigue des mollets

**D'autres signes :** fatigue et faiblesse plus marquées, il s'agit du symptôme le plus fréquent avant et après le diagnostic de la maladie, perte d'appétit et mauvais gout en bouche, perte de poids, maux de tête, douleurs dans le milieu, le bas du dos et sur les cotés du bassin.

**6-3 Les stades de l'insuffisance rénale chronique :**

**Tableau N°1 :** Les différents stades des l'IRC :

<b>Stades</b>	<b>DFG (ml/min /1,73m) estimé</b>	<b>Description</b>
1	90	Maladie rénale sans insuffisance rénale chronique
2	60-90	Insuffisance rénale chronique légère
3	30-59	Insuffisance rénale chronique modérée
4	15-29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	<15	Insuffisance rénale chronique terminale

À partir le tableau N°: 01 réalisé sur la classification de l'IRC on peut dire ici que le processus de développement de cette dernière évolue en 5 stades :

Premier stade fait référence au niveau débutant, le seconde est Léger, au stade 3 (modéré) le fonction rénale n'est plus qu'à 30 à 59% de sa capacité, au stade 4 (sévére) le fonction rénale est très faible, stade 5 représente le stade terminale (le dernier). L'intérêt de cette classification en stades est qu'a chaque stade correspond une prise en charge spécifique.

**6-4 Les différents types d'IRC :**

**IRC avec anomalies morphologiques macroscopiques rénales :** Maladie polykystique rénale autosomique dominante (liée à une mutation sur le bras court du chromosome 16), associée à une polykystose hépatique dans 80 à 90% des cas, ou récessive, maladie kystique de la médullaire.

**IRC avec anomalies de transport:** Acidoses tubulaires, diabète phospho-gluco-aminé ou syndrome de Fanconi, syndrome néphrotique congénital.

**IRC avec anomalies métaboliques ou inflammatoires générales:** cystinose, amyloses familiales héréditaires dont la fièvre familiale méditerranéenne (FMF) ou maladie périodique (maladie des juifs).

**IRC et affections congénitales:** Syndrome d'Alport, hématurie surdité de perception (Boubchir, 2004, p.24).

**6-5 Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique :**

La démarche diagnostic comprend 6 étapes :

- Affirmer la maladie rénale chronique
- Préciser son stade et son rythme évolutif
- Faire le diagnostic étiologique
- Identifier les facteurs de progression
- Rechercher le retentissement, si le DFG est inférieur à 60ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup>.
- Rechercher les facteurs de risque cardio-vasculaire (Ellipses, 2007, p.202).

**6-6 Les complications de L'insuffisance rénale chronique :**

Les complications dus à l'insuffisance rénale chronique sont :

Les complications cardiaques et l'hypertension artérielle, lésions artérielles accélérées, une anémie et les modifications des hormones sexuelles, hyperkaliémie ,hyperlipidémie ,ainsi hyperparathyroïdie de plus la surcharge liquidienne (Ellipses, 2007, p.208).

Enfin on peut dire donc quand les reins n'assurent plus ou presque ces rôles mènent à l'insuffisance rénale .Cette dernière à 2 types fondamentaux, tandis que L'IRA est entraînée en raison de l'échec subit des fonctions rénales, L'IRC est le résultat du déclin lent des fonctions rénale.

**7- Le traitement de suppléance de la fonction rénale :**

- La transplantation rénale
- L'hémodialyse
- La dialyse péritonéale

**8-Historique de dialyse :**

La première description historique d'une telle technique date de 1913. Abel, Rowntree et Turner ont réalisé une « dialyse » sur des animaux anesthésiés dont le sang circulait dans des tubes membranaires semi-perm rables en collodion, un matériau membranaire à base de cellulose. On ne saurait dire aujourd'hui si Abel et ses collaborateurs cherchaient dès le départ à appliquer cette technique au traitement de l'insuffisance rénale. Il ne fait cependant aucun

doute que la dialyse telle qu'elle est connue aujourd'hui, repose toujours sur les principaux éléments qui composaient le dispositif de « vivi-diffusion » développé par Abel (Thomas, p.6).

**9-Définition de l'Hémodialyse :**

«hémo »et « dialyse » viennent de mot grec qui signifient respectivement « sang » et « séparer » .ainsi l'hémodialyse (HD) consiste à éliminer les déchets toxique et la surcharge hydrique de l'organisme, en filtrant le sang. L'HD se pratique en trois lieux : au centre d'autodialyse, au service d'hémodialyse et à domicile.

L'hémodialyse est une méthode d'épuration du sang au moyen d'un rein artificiel. Elle Est parfois utilisée dans certains cas d'intoxication grave, mais c'est surtout le traitement majeur de l'insuffisance rénale aigue et chronique. A moins qu'une greffe de rein puisse être pratiquée, le traitement de l'insuffisance rénale chronique par hémodialyse est définitif. L'insuffisance rénale aigue correspond à une défaillance transitoire, de quelques Jours à plusieurs semaines, du fonctionnement du rein : lorsque celle-ci est importante, elle nécessite une épuration du sang par hémodialyse en attendant que la fonction rénale soit rétablie (Boubchir, 2004, p.192).

L'hémodialyse permet d'épurer le sang des déchets qui sont normalement éliminés dans l'urine (urée créatinine), de corriger un éventuel déséquilibre électrolytique (taux anormal de sodium, de potassium, de bicarbonates, etc.... dans le sang) et de rééquilibrer le ph du sang en cas d'acidose (acidité sanguine excessive) (Jean, p.437).

**10-Déroulement d'une séance d'hémodialyse :**

A l'arrivée des patients au Centre de dialyse, ont accès à un vestiaire pour se changer et entreposer leurs affaires personnelles. Un lavabo leur permet de se laver le bras porteur de la fistule artério-veineuse. Les séances d'hémodialyse se déroulent :

Tout d'abord, le ou la patient(e) se pèse afin de déterminer sa prise de poids depuis la dernière dialyse, Cela correspond à la quantité de liquide qu'il sera nécessaire de retirer lors de la dialyse à venir grâce à l'ultrafiltration, le ou la patient(e)est installé dans un lit, puis sa pression artérielle est mesurée. L'infirmier-ère de dialyse procède ensuite au branchement en ponctionnant la fistule à l'aide d'aiguilles spécifiques, celles-ci sont fixées par du scotch de manière à ce qu'elles restent en place pendant toute la séance, dans le cas où le ou la

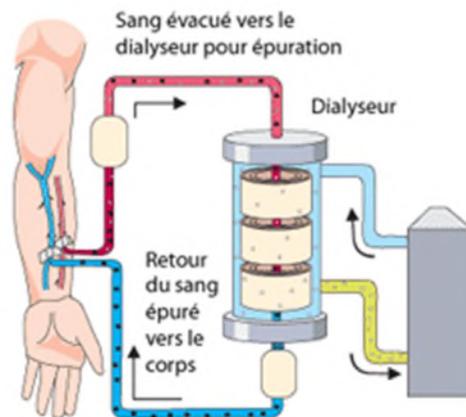
patient(e) porte un cathéter endo-veineux, l'infirmier-ère le branchera directement sur la machine. Le personnel soignant et les patients(e) portent systématiquement un masque de type.

«Chirurgical», afin d'éviter tout risque d'infection du cathéter, le pansement du cathéter sera refait après chaque séance. Durant la séance de dialyse, différents paramètres comme le débit sanguin peuvent être modifiés et des alarmes peuvent se déclencher, nécessitant quelques Ajustements. La pression artérielle est régulièrement surveillée et des traitements sont administrés.

C'est aussi pendant la dialyse qu'ont lieu les visites médicales, durant lesquelles il est possible de demander une ordonnance ou une consultation médicale particulière, à la fin de la dialyse, contrôle de la pression artérielle, le ou la patient(e) se pèse à nouveau afin de vérifier que le poids sec a bien été atteint (Liotier & Mariat, 2012, p.260).

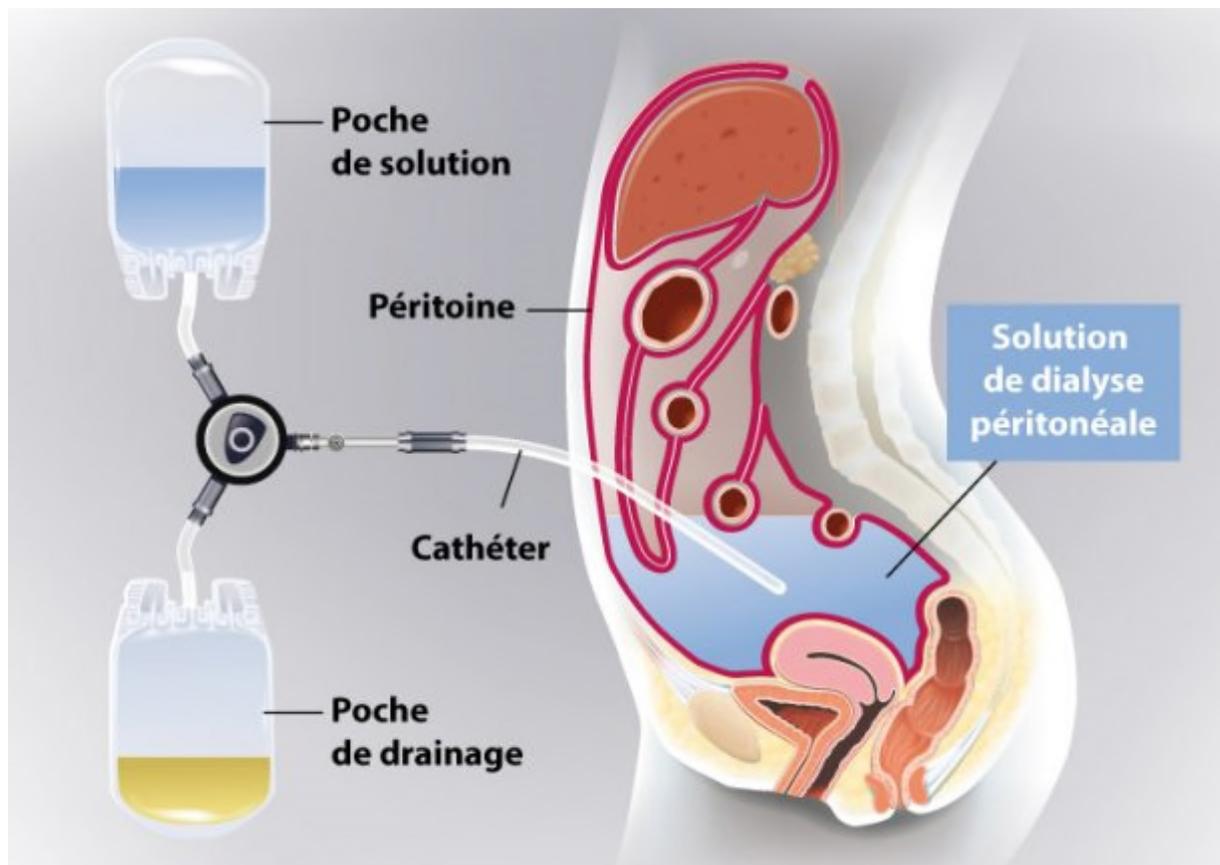
## **11-Les thérapies de remplacement de la fonction rénale :**

### **Schéma N°2 : L'hémodialyse chronique**



**11-1 L'hémodialyse chronique :** L'hémodialyse chronique : l'hémodialyse consiste à mettre en contact à travers une membrane semi-perméable appelée dialyseur (ne laissant 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 (dialysat). A travers cette membrane s'effectuent des échanges entre le sang et le dialysat selon un processus de diffusion tel que les substances vont du milieu le plus concentré vers le moins concentré. Ainsi, l'urée ou la créatinine en trop forte concentration dans le sang sont éliminées dans le dialysat, qui n'en contient pas. A raison de trois séances par semaine, d'une durée moyenne de quatre heures. (Serge et all, 2004, p.209)

**Schéma N°3 : La dialyse péritonéale**

**11-2 La dialyse péritonéale :** C'est une technique de dialyse utilisant comme membrane d'échange et de filtration une enveloppe interne du corps, le péritoine. La dialyse péritonéale fut d'abord employée pour le traitement des insuffisances rénales aiguës, mais cette utilisation n'a plus cours aujourd'hui, sauf chez l'enfant. Elle est en revanche appliquée, du fait de la bonne résistance du péritoine, au traitement des insuffisances rénales chroniques. Le péritoine (membrane à double feuillet qui tapisse la cavité abdominale et les organes qu'elle contient et dont l'une des faces est parcourue par de nombreux capillaires sanguins) est utilisé comme système de filtrage naturel lors de cette technique d'épuration extrarénale. Les échanges d'eau

et de substances dissoutes (sodium, potassium, calcium) s'effectuent alors entre le sang contenu dans les capillaires péritonéaux et le dialysat. Il existe deux types de dialyse péritonéale : la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) et la dialyse péritonéale automatisée (DPA).

**11-2-1 Dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA):** sert au traitement de l'insuffisance rénale chronique. Quatre fois par jour, sept jours sur sept, le dialysat est introduit dans la cavité péritonéale par un cathéter ; il reste alors en place 4 heures avant d'être évacué. Cette technique, qui s'est développée depuis des années 80, est réalisable à domicile. Un stage d'entraînement de quelques jours, effectué dans un centre spécialisé, est nécessaire, à la fin duquel le malade peut effectuer sa dialyse de façon autonome. Des infections péritonéales (péritonite), généralement dues aux manœuvres de raccordement des poches sur le cathéter, peuvent survenir ; elles sont d'ordinaire facilement combattues par un traitement antibiotique mais, dans certains cas, le cathéter doit être changé. Parmi les autres complications, la plus grave est l'altération progressive de la perméabilité de la membrane péritonéale, qui oblige à abandonner la dialyse péritonéale continue ambulatoire pour l'hémodialyse. Sur des périodes relativement courtes, 5 ans au maximum, cette technique semble donner des résultats d'aussi bonne qualité que l'hémodialyse dans le traitement d'IRC. On manque cependant de recul pour apprécier son efficacité sur des périodes plus longues.

**11-2-2 La dialyse péritonéale automatisée (DPA) :** repose sur les mêmes principes que la précédente. Elle utilise un appareil appelé cycleur qui, préprogrammé, réalise automatiquement plusieurs cycles d'échanges successifs (remplissage de la cavité péritonéale et vidange). Cette méthode est destinée au traitement à domicile après une phase d'entraînement courte et est surtout utilisée la nuit, pendant le sommeil du patient. Elle a le grand avantage de permettre une autonomie complète dans la journée (Serge et all, 2004, p.214).

**11-3 Transplantation du rein (Greffe de rein) :** transfert d'un des reins d'un sujet donneur sur un malade receveur dont les reins ne fonctionnent plus. La greffe de rein se pratique chez des patients atteints d'une insuffisance rénale grave, traités par hémodialyse. Un seul rein est greffé, qui suffira à assurer la fonction rénale de tout l'organisme. Le malade doit, en principe, avoir moins de 60 ans. Le donneur est le plus souvent un sujet en état de mort cérébrale, plus rarement une personne vivante (l'un des parents, frère, sœur. Le donneur et receveur doivent être du même groupe sanguin et apparentés sur le plan HLA (histocompatibilité). Après

transplantation, un traitement immunosuppresseur permet d'éviter le rejet du greffon) (Serge et all, 2004, p.216).

**12- Les composants du système d'hémodialyse :**

**12-1 Le générateur d'hémodialyse :** le générateur d'hémodialyse est l'ensemble de l'appareillage technique qui permet la réalisation de l'hémodialyse. Il comporte plusieurs parties : un système qui fait circuler le sang dans le circuit extracorporel, un système qui fabrique le dialysat et en assure la circulation, un système appelé maitriseur d'ultrafiltration qui, en créant une différence de pression entre compartiment sang et le compartiment dialysat, permet de contrôler la quantité d'eau plasmatique soustraite du sang (Jean, p.437).

**12-2 Le rein artificiel :** la membrane ou filtre ou dialyseur ou « rein artificiel » présente le module ou sont rassemblés les membranes de dialyse et leurs éléments de support. Les membranes de dialyse sont des polymères d'origine naturelle (cellulose) ou synthétique (<http://rein-echos.info>).

**12-3 La fistule :** est une connexion entre une artère et une veine superficielle de l'avant-bras ou du bras. Elle est créée au cours d'une opération chirurgicale, permet les échanges de dialyse, elle doit être réalisée suffisamment tôt (un mois au minimum) pour être utilisable (Bernnd et all, 2010, p.138).

**12-4 Dialysat :** Le dialysat utilisé au cours du traitement par dialyse, est un liquide de composition (bicarbonate, l'eau traiter, acide) de celle du plasma humain qui circule sur le versant externe de la membrane semi-perméable de dialyse, alors que le sang circule sur le versant interne de cette (Simon, p.105).

La dialyse ne peut être effectuée que lorsque tous ces éléments sont disponibles.

**13-L'insuffisance rénale en Algérie :**

En Algérie l'hémodialyse est la technique la plus utilisée dans la prise en charge de L'IRCT. soit environ 374 IRCT pmh/an qui arrive au stade terminal. Selon des données nationales, le nombre d'hémodialisés chroniques a augmenté de 9633 en 2005 à 16896 en 2010.

L'impact économique de la dialyse en Algérie devient de plus en plus lourd au fur et à mesure de la croissance du nombre des insuffisants rénaux dialysés. Ce nombre ne peut qu'augmenter dans les années à venir du fait de la survie prolongée des patients et de la transition du profil

épidémiologique du pays (croissance des facteurs de risque : diabète et hypertension artérielle).

1,5 millions d'Algériens sont touchés par l'insuffisance rénale chronique (IRC). Dans 29% des cas, l'IRC est due à la néphropathie vasculaire et au diabète dans 25% des cas. 800 à 1.000 patients par an débutent un traitement de suppléance.

La prévalence de l'IRCT traitée en Algérie est passée de 313,32 pmh à 478,26 pmh entre 2005 et 2010 (Société française, 2016, p.8).

**Conclusion du chapitre :**

Nous avons avancé les deux types d'insuffisance rénale (aiguë et chronique), cette maladie qui touche le rein et qui a pour effet de réduire la capacité et n'assurer pas la filtration et l'élimination des déchets du sang. Mais grâce aux travaux spécialistes dans le domaine de la néphrologie qui ont été découverts peuvent sauver des vies.

*Chapitre II*

*L'aspect Psychologique chez  
les hémodialysés*

## ***Chapitre II : l'aspect psychologique chez les hémodialysés***

---

### **Préambule :**

Apprendre que l'on est atteint d'insuffisance rénale chronique est souvent un choc. La vie change certes, cette maladie a souvent un effet traumatique sur le patient, c'est pourquoi il nous semble essentiel de développer cela. Afin de connaître la situation psychologique des hémodialysés, nous définissons dans ce chapitre les notions suivantes, l'annonce de la maladie, étudier le problème du rapport au temps des hémodialysés et les mécanismes de défenses chez les hémodialysés, ainsi l'impact et les contraintes psychologiques de cette maladie sur la vie des patients et pour ensuite passer au rôle des soignants.

### **1- L'annonce de la maladie :**

La déclaration d'une maladie est souvent douloureuse à la fois angoissante, elle est vécue comme un choc ou un traumatisme par le patient, ces moments sont toujours difficiles, sa vie s'en trouve totalement bouleversée. L'insuffisance rénale chronique est l'une de ces maladies qui bouleverse le patient, cette dernière peut être traitée par la dialyse péritonéale ou l'hémodialyse. « Le patient vit l'annonce de la mise en dialyse et son entrée en dialyse comme un choc. C'est un passage dans une autre vie, celle de la survie, car, dès lors, sans la dialyse il ne peut vivre, c'est la dialyse ou la mort » (Cupa, 2020, p.88).

En outre, en hémodialyse les patients sont dépendants de la machine, le lieu et d'une équipe soignants. Comme dit Cupa « je commence par une perte réelle d'un organe vital et, en ce sens que ce soit brutal ou préparé, toute personne qui va apprendre, d'une part, qu'elle est malade, d'autre part, que c'est une maladie mortelle sans soins, va être plus ou moins traumatisée ».

### **2- Le problème du rapport au temps des hémodialysés :**

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

La survenue de la maladie, comme événement traumatique, peut entraîner un profond remaniement de la perception du temps. En effet, le temps qui passe est ce qui nous rapproche

## **Chapitre II : *l'aspect psychologique chez les hémodialysés***

---

tous de l'échéance qu'est la mort. Or, les insuffisants rénaux sont, plus que toute autre personne, confrontés à cette perspective d'autant plus inéluctable que la dialyse n'est qu'un soin palliatif, c'est-à-dire un sois uniquement destiné à reculer les limites entre vie et mort.

Mme N. dit : « la dialyse, ça change la vie ». Cette phrase en apparence anodine en dit long sur les remaniements induits par la durée du traitement, c'est-à-dire son caractère définitif. De plus, il convient de considérer l'enjeu vital de traitement pour le moins pénible dans la mesure où il met le sujet en situation de dépendance absolue, identique à celle du nouveau-né qu'on appelle néoténie, donc d'impuissance. Ce sentiment de dépendance sera plus ou moins bien vécu en fonction de l'histoire personnelle du sujet. C'est justement parce que la dialyse est une nécessité vitale qu'elle est vécue comme une contrainte absolue. C'est là où l'on peut dire que le traitement fait symptôme (Lefebvre, 2005, p.1)

Les deux jours les rappellent sans cesse a la réalité c'est-à-dire le potentiel mortel que représente leur maladie s'ils ne se rendent pas en dialyse. Ils n'ont pas la liberté de refuser d'aller en dialyse le jour où ils sont fatigués ou s'ils ont des soucis personnels etc.

### **3-Les mécanismes de défenses chez l'hémodialysé :**

Au cours de la phase chronique, le moi redevient en partie fonctionnelle et met en œuvre différents mécanismes de défense. Chaque patient en fonction de sa psychologie et de son affection. Le traumatisme de se découvrir invalide « pas comme les autres », les sentiments d'impuissance et d'échec qui en découlent, la confrontation à une réalité non seulement angoissante, mais qui isole le sujet par rapport à tout ce qui consiste sa vie au sein d'un groupe, mobilisent des mécanismes de défenses, les plus fréquemment rencontrés sont la dénégation, l'identification, et l'obsession.

**3-1 Le déni :** action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi. Le déni se met en place face à une angoisse massive que le patient est incapable de traiter et il est généralement partiel et transitoire .Il est nécessaire de laisser alors un peu de temps au patient (haute autorité de la santé, 2008, p.5)

**3-2 L'isolation :** La charge affective se trouve séparée de la représentation à laquelle elle était rattachée.

## **Chapitre II : l'aspect psychologique chez les hémodialysés**

---

**3-3 La régression** : c'est le retour à un stade de développement libidinal, on observe une régression de type infantile entre les mains de l'équipe soignante, non de la famille. Ceci se traduit par une absence d'initiative, un retrait des investissements habituels, un repli sur soi (Sans & besangon, 1986, p.60).

**3-4 L'obsessionalisation** : on parle de rituel du branchement ayant son heure habituelle, voir son infirmière .De nombreux moments de la vie du dialysé sont bien codifié : la prise des médicaments, le programme des dialyses. Ses repères sont institués et ils deviennent élément stables .Les tendances à l'organisation, la méticulosité, le perfectionnisme permettent de contrôler la situation et donc de juguler l'anxiété (Harouna, 2007, p.36).

**3-5 La dénégation** : Le représentant pulsionnel gênant apparaît dans le conscient, mais le sujet s'en défend en refusant d'admettre qu'il puisse s'agir d'une pulsion qui le touche personnellement. Son utilisation explique la capacité qui ont lieu des patients de ne plus « voir », « entendre », « comprendre », tout ou partie de leur situation présente ou de leur maladie , avec ses conséquences létales (Harouna,2007,p.35) .

### **4-La dépression chez les hémodialysés :**

La dépression est le problème psychologique le plus courant chez le dialysé, le syndrome anxio-dépressif, la perte de l'estime de soi (corps déformé et mutilé) sont autant de facteurs complémentaires fréquents chez ces patients qui jouent un rôle dans la genèse de ces troubles. La honte par ailleurs est très présente, bras déformé, parfois de manière très impressionnante par la fistule et les marques de piqûres .Le dialysé a un profond désir d'apparaître comme tout le monde.

C'est-à-dire L'hémodialyse a amélioré le pronostic vital et fonctionnel des insuffisants rénaux. Toutefois, elle demeure un traitement palliatif. La mise en dialyse du patient a des répercussions psychologiques qui se traduisent par une idée de décès prochain. Il s'en suit une dépression qui est considérée comme un trouble fréquent chez les personnes présentant une insuffisance rénale chronique terminale. La survenue de ce trouble semble réelle et liée au caractère invalidant et souvent douloureux de la maladie mais aussi aux soucis socioéconomiques et du handicap social.

La dépression est l'étape la plus longue et souvent la plus difficile, C'est une phase caractérisée par une grande tristesse, des remises en question, de la détresse.

## ***Chapitre II : l'aspect psychologique chez les hémodialysés***

---

**Selon Cupa :** « une dépression plus ou moins importante existe chez le dialysé ». Et même selon Becker cité par Cupa, « le dialysé est un dépressif chronique », en effet chaque nouvelle dialyse rappelle la perte de l'organe, et donc que le corps est irrémédiablement « abimé » du fait de cet état dépressif.

### **5-Le travail du deuil chez les l'hémodialysés :**

Quand on traverse un deuil, il y a toujours une souffrance qui doit pouvoir s'exprimer, se vivre. Le deuil est le processus psychologique qui fait suite à une perte, quelle qu'elle soit, et qui ne se limite donc pas au domaine de la mort. Le deuil est une souffrance, le deuil est une épreuve, un cheminement. La personne traverse plusieurs étapes (sidération, colère et agressivité, dépression et acceptation) non linéaires lors de la perte. Ce qui est très particulier chez les hémodialysés, c'est que l'organe perdu va être remplacé périodiquement par une machine extérieure à l'enveloppe corporelle qui est d'ailleurs désigné comme « un rein artificiel ». Celui-ci va constituer un prolongement dans l'espace externe de quelque chose qui reste habituellement intime, secret, non dévoilé.

Selon Kübler Ross & Kessler (2009) : la personne/famille quel que soit le stade de la maladie et de surcroît au stade terminal peut être confrontée à de nombreuses pertes qui vont contribuer à altérer sa vie. Elle peut traverser plusieurs pertes comme l'ont souligné Cupa et all (2010) dans leur étude visant à mieux comprendre les difficultés psychiques de l'IRCT.

Parmi ces derniers nous pouvons citer indépendamment des sexes, la perte de son statut, de la diurèse résiduelle, d'un idéal, du travail, de l'amputation de son sentiment de virilité, de la réduction de la motricité, etc., car le deuil est aussi causé par tout ce qui revêt une valeur pour la personne. Il est donc judicieux de prendre conscience du fait que le patient IRC va traverser des périodes d'instabilité émotionnelle et une attitude d'ouverture et de flexibilité de l'infirmière est nécessaire. Elle pourra aussi renseigner la famille sur les différentes phases du deuil et les éventuelles réactions du Patient afin de les aider à mieux le comprendre et à le soutenir ( Kübler & Kessler,2009, p.21).

Formarier et Jovic affirment : « Que ce soit lors des soins préventifs, curatifs, ou palliatifs dispensés dans le cadre de la Promotion de la santé, la chronicité, la compréhension et l'identification par les Soignants des manifestations physiques, émotionnelles liées à la perte d'un organe, d'un Rôle, sont à la base de l'accompagnement, des modalités d'évaluation

## ***Chapitre II : l'aspect psychologique chez les hémodialysés***

---

clinique Interdisciplinaires comme du choix des interventions de soutien dispensé à la personne Soignée et/ou à son entourage » (2009,p.143).

### **6- L'impact de la maladie sur la vie familiale :**

L'hémodialyse permet à la majorité des patients en insuffisance rénale de mener une vie personnelle et professionnelle normale. Cependant, les séances d'hémodialyse sont contraignantes et engendrent des conséquences parfois importantes sur la vie quotidienne du patient.

Le patient doit adapter ses horaires de travail et ses activités à la durée des séances d'hémodialyse, vacances et déplacements doivent être planifiées à l'avance de façon à trouver un centre de dialyse à proximité et organiser la prise en charge sur place. Il est en effet impossible d'interrompre un traitement de dialyse. Il n'Ya pas de place pour l'imprévu, le temps libre est limité, peut entrainer des modifications des rôles au sein de la famille. Les relations au rang de la famille se transforment .Bien souvent, le conjoint est obligé de se mettre au travail aggravant le sentiment d'inutilité et d'impuissance de l'autre. Le conjoint masculin malade a pris le rôle de « mère au foyer » et l'admiration antérieure fait souvent place à « la gentillesse » .Dans le cas de la maladie de la mère .Celle-ci souffre de retrouver des enfants chaque fois plus indépendants, après une hospitalisation, ou une période de fatigue (Patin, 1985, p.45-56).

### **7- La qualité de vie :**

La qualité de vie est un concept intéressant dans l'appréhension et la compréhension des différents retentissements des maladies somatique chronique. Ce concept multidimensionnel développé dans les années 1960 permet de considérer le bien être d'une personne dans un contexte plus large celui de la santé physique en abordant les dimensions sociales, relationnelles et psychique (BIOY & all, p.253).

**Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :**Définit le concept de qualité de vie comme étant : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence , dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit en relation avec ces objectifs ,ces attentes ,ces normes et ces inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance ; ces relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les

## **Chapitre II : *l'aspect psychologique chez les hémodialysés***

---

spécificités et son environnement » (<http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/définition/qualité-de-vie>).

**Selon Patrick et Erickson(1993) :** Précisent que: « la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel ,des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie ,les blessures , les traitements ou les politiques de santé » (Lourel,2007,p.4-17).

La qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses ressources sociales, son niveau d'autonomie, ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement (OMS, 1994).

La qualité de vie est l'évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction des critères sociaux normatifs et de critères individuels, du système « personne-environnement » de chaque individu (Lawton, 1997).

La qualité de vie des personnes hémodialysées diffère d'un patient à l'autre, selon sexe, âge (la qualité de vie diminue avec l'âge), ancienneté de la dialyse (les patients malades depuis plus de 6ans ont une moins bonne qualité de vie que les patients malades depuis 1-3ans) et aussi selon les critères d'environnements, pour une meilleure amélioration de la qualité de vie des hémodialysés un travail de collaboration entre les professionnels de la santé, le soutien familiales et de son entourage .

### **8- La sexualité de la personne dialysée :**

L'hémodialyse affecte profondément sur les capacités physiques ainsi que l'équilibre psychique sont fragilisés et la sexualité n'échappe pas à cette règle.

**Selon L'OMS :** « La santé sexuelle fait partie de la santé globale ».

La sexualité est un ensemble de comportements relatifs au désir et à sa satisfaction. Elle s'exprime aussi par le plaisir de donner et le plaisir de recevoir, pour beaucoup de personnes, la sexualité est indispensable pour donner et recevoir de l'amour ([nephrohug.wordpress.com](http://nephrohug.wordpress.com)).

La sexualité des dialysés est très souvent atteinte avec une baisse plus au moins prononcés de la libido, une impuissance plus ou moins complété pour les hommes, une fragilité et une stérilité pour les femmes. Pour l'homme comme pour la femme, les défaillances rénales entraînent souvent une perte du désir sexuel. Les hommes éprouvent plus

## ***Chapitre II : l'aspect psychologique chez les hémodialysés***

---

de difficultés à avoir une érection tandis que les femmes souffrent de sécheresse vaginale et ont plus de difficultés à éprouver du plaisir lors des rapports.

**Selon Cupa :** « L'impuissance liée à la maladie se répercute psychiquement sous forme d'angoisse de castration chez l'homme que chez la femme .La culpabilité à l'égard de celui qui est malade peut confirmer le couple dans un véritable enfer, constituant une emprise supplémentaire » (1997,p.03).

### **9. Les contraintes psychologiques :**

Les difficultés psychologiques des dialysées sont liées au fait que leur maladie soit mortelle et rend indispensable des soins contraignants. La découverte de la maladie confronte donc le patient à sa propre mort. Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologiques, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien. Cela le conduit à se détacher du monde et à ne plus l'investir, d'où un repli sur soi, accentué parfois par l'isolement social. C'est pourquoi la famille et les soignants ont un rôle très important à jouer.

A l'inverse, certaines personnes trouvent dans la dialyse un bénéfice sur le plan social, si ce sont des personnes qui étaient déjà socialement isolées avant, la dialyse va leur permettre de nouer des liens avec d'autres personnes, soignées ou soignants.

Concernant ces personnes, la greffe va les confronter à un certain vide car ils (re) trouvent une famille par l'intermédiaire de la maladie et du traitement. Certains patients dialysés présentent quelque fois des préoccupations hypochondriaques excessives. Ils peuvent se plaindre de douleurs aux localisations multiples qui n'ont pas d'origine somatique. Ces plaintes cachent en fait souvent une peur imminente de la mort qui ne peut s'exprimer en tant que telle (Lefebvre, 2005, p.2).

On peut en outre observer des manifestations phobiques par rapport à un type précis de machine ou à une infirmière. C'est en réalité un moyen de déplacer l'angoisse sur un objet extérieur afin de mieux évacuer et contrôler cette angoisse. Ces manifestations d'évitement représentent une aide à la verbalisation. L'insuffisance rénale représente une perte, celle de la bonne santé. Il y a aussi perte de l'indépendance, du fait de la dépendance à la machine, aux soignants, et donc perte de la capacité à s'assumer seul (Lefebvre, 2005, p.2).

## ***Chapitre II : l'aspect psychologique chez les hémodialysés***

---

**Selon Lefebvre :** Il y a donc un travail de deuil à faire car on passe du statut de personne bien portante à celui de malade. Sans un réel travail de deuil, ce nouveau statut est très difficile à accepter. Or pour faire le deuil de quelque chose, il faut notamment pouvoir oublier, ne serait-ce qu'un instant, que nous avons perdu ce quelque chose. La dialyse constitue alors un rappel répétitif de la perte, donc l'oubli est rendu presque impossible (Lefebvre, 2005, p. 3).

### **10. La prise en charge psychologique :**

La prise en charge d'une personne hémodialysée est double, elle est à la fois médicale parce qu'elle place le malade dans une relation avec un médecin pour qu'il l'aide à guérir dans les situations de insuffisance rénale aiguë, ou à être pris en charge dans la durée dans la situation chronique. Et psychologique, on fait une prise en charge psychologique adéquate afin d'améliorer la qualité de vie et l'état émotionnel face à cette maladie. Et pour identifier les problèmes psychologiques, et de préciser ses relations dans la vie familiale et socio professionnelle et l'impact sur la personnalité perturbé. Ainsi les conséquences qui découlent sur sa vie et lui à prendre à vivre avec sa maladie, et favorise la collaboration avec les soignants et amélioré l'autonomie du patient dans la prise en charge de son affection et en renforçant, ses sentiments de compétence elle l'aide à maintenir ou améliorer sa qualité de vie et à favoriser le maintien d'activité sociale (Ghazouani, 2015, p.114)

### **11- Le rôle des soignants :**

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

Dans ces situations, il importe d'essayer d'accepter son impuissance car cela diminue la culpabilité. Au même temps, il faut éviter d'ignorer son sentiment d'impuissance pour tenir compte des attentes du malade. Cela ne veut pas dire qu'il faut exécuter toutes les volontés du patient. Il existe des situations conflictuelles, un peu comme dans toute famille. Concernant les difficultés inhérentes aux relations soignant/ soigné, le psychologue joue un rôle de tiers, d'interface.

Il peut arriver que la distance nécessaire entre le soignant et le soigné se trouve gommée : tutoiement, relations amicales. Cela crée des relations très impliquées, surtout dans les cas

## **Chapitre II : *l'aspect psychologique chez les hémodialysés***

---

de dialyse péritonéale à domicile, lorsque le soignant se trouve en contact direct avec l'environnement familial. Le problème d'une trop grande proximité réside notamment dans le fait qu'en cas de décès, les réactions émotionnelles risquent d'être trop fortes. En outre, en cas de problème médical ou autre, le soignant risque de ne plus avoir la neutralité nécessaire pour faire preuve de sang-froid (Lefebvre, 2005, p.4).

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

**Selon Cupa** qui illustre dans son passage parfaitement le cas de monsieur A. « Le patient qui se sent contraint par la dialyse et insuffisamment reconnu par l'équipe soignante va faire pression sur l'équipe, d'une part pour se soulager de celle qui est exercée sur lui, d'autre part pour attirer l'attention ».

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

Nous avons constaté que les dialysés sont ceux qui rencontrent le plus de difficultés psychologiques, vis-à-vis de leurs traitements mais aussi dans toutes les dimensions de leur existence, c'est pour cela l'aide d'un psychologue peut s'avérer très utile pour bien comprendre les causes du problème et être capable de trouver les solutions appropriées.

## ***Chapitre II : l'aspect psychologique chez les hémodialysés***

---

### **Conclusion du chapitre**

Le patient atteint d'une maladie chronique, et plus spécialement rénale, connaît des problèmes psychologiques grave résumés dans un sentiment d'infériorité, d'inutilité, ce sentiment par la suite entrave l'insertion social de cette personne atteinte par une IRC. C'est pour cela il est utile d'insister sur l'importance de la collaboration entre psychologue et néphrologue, qui permettra au patient d'accepter sa maladie et de vivre avec, s'adapter a la situation a afin d'améliorer sa qualité de vie et l'état émotionnelles et pour identifier les problèmes psychologique et de préciser ses relation dans la vie familiale et socio professionnelle.

## *Chapitre III*

# *La dépression et le deuil*

### **Préambule :**

La dépression est le plus connu des troubles mentaux, une souffrance pénible, qui affecte la personne , cette pathologie est comme toute autre pathologie , à des causes comme le vécu d'un événement traumatique ou un choc pénible .Afin de mieux comprendre cette dernière nous partageons ce chapitre en deux partie essentielle , la première partie nous tenterons de donner les éléments essentielles sur cette pathologie comme un aperçue historique sur l'apparition de notion de la dépression ainsi la définition et les différentes formes, les biens faits de la dépression et le travail psychanalytique de cette dernière , la deuxième partie est consacré pour le deuil , ces origines , ces types , la prise en charge de l'endeuillé , pour enfin conclure avec une synthèse de chapitre.

## **I) La dépression :**

### **1-L'histoire de la dépression :**

L'histoire de la dépression se fait autour de trois termes : « La mélancolie », « La dépression » « La manie ». La naissance de la notion de dépression est longue.

L'énigme de la dépression, maladie des humeurs, troubles de la bile noire, depuis Hippocrate, maladie de l'âme chez Kierkegaard, traverse le champ de la culture et de la médecine .Elle se situe à la frontière de la psyché et du soma, et aujourd'hui les neurosciences, à travers l'étude des neuromédiateurs, tentes d'en déchiffrer le mystère.

Au 19<sup>ème</sup> siècle, contrairement à aujourd'hui, le terme de dépression n'est pas utilisé .En revanche, le champ de la mélancolie est vaste .Outre le domaine de la médecine (depuis grèce antique) , il ya aussi un champ littéraire et artistique qui donne à la mélancolie une profondeur et une réalité d'une autre nature .

Le terme de la dépression n'apparait qu'à l'aube du 20<sup>ème</sup> siècle (Kraepelin,1889).

Au 19<sup>ème</sup> siècle, elle avait été référée à la neurasthénie, la psychasthénie, la mélancolie, dans une confusion certaine.

Hippocrate dans les aphorismes écrit « quand le crainte et la tristesse persistent longtemps, « c'est un état mélancolique »

L'écrivain espagnol Tirso de Molina publie en 1611 une pièce intitulée El mélancolico.

En 1621, Robert Burton, publie l'anatomie de la mélancolie. Il analyse les causes et les effets de recherche des remèdes.

En 1678, Johannes Hofer publie sa dissertation de nostalgie pour décrire quelques formes de souffrance dépressive.

Esquirol (1772-1840), évoque la lypémanie en 1819 en rejetant le mot « mélancolie »

En 1733, George Cheyne refonde la mélancolie comme état d'âme, et la renomme « Spleen »

A partir de 1880, « Jules Gotard » , invente le syndrome « état » , dans lequel se retrouvent les élément mélancoliques et hypocondriaques .

La classification de kraepelin est une étape essentielle pour l'histoire de la mélancolie et de la dépression.

En 1911 Karl Abraham isole la dépression, il la distingue par exemple d'une névrose d'angoisse.

En 1917, « Freud » publie le texte qui fonde la lecture psychanalytique des dépression « deuil et mélancolie » dans lequel il a distingué les mécanismes de ces deux états.

En 1920, il a écrit « Au-delà du principe du plaisir » qui introduit une pulsion de mort qui menace l'être humain en lui-même .

Puis en 1923 va décrire dans « Le moi et le ça » une nouvelle topique psychique constituée de trois instances , un ça, un moi et un sur moi »

En 1928 « J.Lang » sépare le domaine des dépressions en dépression endogène , dépression exogène » .

En 1937, peu de temps avant sa mort, Freud va écrire « construction en psychanalyse.

La problématique dépressive reste au centre des préoccupations des psychanalystes du 20<sup>ème</sup> siècle tels E. Weiss (1926-1944), H.Deutsch en 1933 , E.jacobson (1943-1946) , H.Rosenfeld (1959). Dans les apports du mouvement psychanalytique français , le rapport au congrès de L'IPA ( Copenhague, 1959) de S.nacht est consacré aux « états dépressifs, Etude psychanalytique ». Ils mettent au premier plan le conflit pulsionnel entre le besoin d'aimer , de créer et le besoin d'haïr et de détruire . La perte d'amour est central avec sa perte d'objet, elle est à l'origine de la désintringation pulsionnelle et de la libération de la haine vers autrui avec un retournement contre soi.

Donald winnicott qui publia en 1957 « De la pédiatrie à la psychanalyse ».

En 1983, Andrée Green publie « Narcissisme de vie , Narcissisme de mort »

Par la suite, l'intérêt s'est tourné vers une classification objective des troubles psychiatriques ce qui a abouti à la naissance de deux outils primordiaux le « Diagnostic and Statistical Manuel »(DSM) par l'association Américaine de psychiatrie et la « Classification Internationale des Maladies »(CIM) de l'organisation Mondiale de la santé (OMS), des outils toujours utilisés de nos jours et servent de référence.

Le DSM II et DSM VI ont proposés une classification profonde et large des troubles de l'humeur qui se présente comme un important problème de santé public (Pedinielli,2005,p.13)

## **2-Définitions de la dépression :**

La dépression ou syndrome dépressif appartient aux troubles de l'humeur. L'humeur (ou thymie) est la tonalité affective de base sous-tendant tous nos sentiments et nos émotions, qui oscillent entre un pôle positif, celui du plaisir, et un pôle négatif, celui du déplaisir. Les troubles de l'humeur s'observent entre le pôle euphorique de l'accès maniaque et le pôle désespéré de l'accès mélancolique (Pirlot &Cupa, 2012, p.120).

La dépression est le résultat conscient d'un conflit psychique inconscient ou d'un ensemble de conflits psychiques inconscients qui se situeraient entre deux instances du psychisme le moi et le surmoi. Il s'agirait d'une interdiction du surmoi qui paralyserait le moi et le réduirait à un état d'impuissance, pour être très schématique .Ce vécu d'impuissance à satisfaire un désir ou un ensemble de désirs du moi provoquerait , à vivre dont l'accès serait barré par cet obstacle inconnu et incompréhensible en soi et une diminution du sentiment de valeur qui amèneraient la personne à vivre des affects dépressifs sans que la vie ne perde nécessairement tout sens pour autant (Dorette, 2007, p.221).

C'est-à-dire cette dernière, prive la personne d'accomplir ces plaisirs, comme elle entraîne un sentiment de culpabilité et une tristesse profonde, et une vision négative de soi et de la vie. Les déprimés souffrent d'une diminution du sentiment d'estime de soi et d'une inhibition de toute activité et des pensées douloureuses.

## **3-La sémiologie :**

Le syndrome dépressif présente deux traits essentiels : la tristesse et le ralentissement psychomoteur.

La tristesse imprègne totalement le monde subjectif du malade : remords, nostalgie du passé, désintérêt à l'égard du présent, appréhension et craintes vis-à-vis du futur .La représentation de soi est profondément dévalorisée à travers l'expression d'un sentiment d'incapacité ou même d'auto-reproches. L'entourage est désinvesti, le déprimé déclare qu'il n'a gout à rien, qu'il n'aime plus les siens.

Cependant, écrit Widlocher « l'attachement aux choses et aux gens subsiste », même s'il n'en tire aucune joie ».

Le second caractère fondamental de la dépression est le ralentissement moteur et idéique : le ralentissement moteur est nettement observable au niveau du comportement alors que le ralentissement idéique apparaît dans la lenteur des jeux associatifs et de la pensée. Les thèmes sont répétitifs, le sujet rumine une absence d'intérêt (Chabert, 2007, p.36).

Mais la encore pour Widlocher il s'agit d'un faux désintérêt : « en réalité, le sujet confesse qu'il continue de s'intéresser à ses activités habituelles, aux êtres et aux valeurs qui le mobilisent, en temps normal. Ce qui lui manque c'est bien l'incitation à agir. On pourrait dire c'est l'appétit qui lui manque, non le goût des choses » (Ibid, p.36).

D'autres symptômes sont retrouvés avec une certaine fréquence, mais sans la constance de ces deux traits fondamentaux, et sans leur cohérence logique : troubles du sommeil, anomalies du comportement alimentaire, troubles neurovégétatifs et perturbations fonctionnelles à travers les manifestations physiques de l'angoisse (vertiges), troubles du rythme cardiaque baisse de la tension artérielle, troubles digestifs, douleurs (Chabert, 2007).

Dans les dépressions graves, les personnes souffrent et se plaignent souvent de cet appauvrissement ou d'une pauvreté de leurs affects, pas seulement d'affects douloureux. Elles se plaignent aussi d'une pauvreté de leur pensée, elles ne pensent pas ou ne se pensent pas, parfois d'un ennui profond expression d'un manque de créativité au sens large, le monde n'est peuplé de rien ni de personne d'intéressant ou d'attirant (Dorette, 2007, p.227).

Les personnes qui souffrent de dépression ont souvent tendance à prévoir le futur en fonction de ce qu'elles ont vécu dans le passé, elles se défendent ainsi d'un inconnu, inquiétant pour beaucoup, elles se protègent aussi de la désillusion que causerait un espoir à nouveau déçu, pire, paradoxalement que de ne pas espérer du tout, état d'humeur au quel elles sont habituées.

#### **4 Les formes cliniques de la dépression :**

**4-1 : Dépression mélancolique :** le terme de mélancolie est utilisé depuis plus d'un siècle pour décrire un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère ayant des caractéristiques quantitatives et qualitatives particulières. Du point de vue qualitatif, la mélancolie est remarquable par la gravité du tableau clinique. L'intensité dépressive est reflétée par la

douleur morale intense qui transparait sur le visage du patient ( oméga mélancolique : visage triste dont le sourcils pointent vers l'intérieur du visage) , la perte de la capacité à éprouver du plaisir .Le ralentissement psychomoteur est majeur , allant parfois jusqu'à la catatonie Classiquement , le visage est figé , amimique, les gestes sont rares et peu amples .Le discours est lent. Du point de vue quantitatif, la mélancolie se distingue par l'existence d'une symptomatologie plus importante le matin que le soir (amélioration vespérale), des insomnies de deuxième partie de nuit avec des réveils précoces, une perte de poids majeure et rapide. Enfin l'existence d'un sentiment de « honte », de culpabilité, d'indignité, d'incurabilité et/ou de ruine fait poser le diagnostic de mélancolie (Charles, 2013, p.34).

**4-2 Dépression atypique :** Dans la conception classique, le terme de dépression atypique fait référence à un état dépressif assorti de symptômes du registre psychotique : trouble du cours de la pensée, incohérence idéique, étrangeté du vécu, émoussement des affects, activité délirante et /ou hallucinatoire riche, troubles psychomoteurs de type agitation catatonique. Dans la conception anglo-saxonne, les dépressions atypiques sont caractérisées par la persistance de la réactivité thymique, l'hyperphagie (qui remplace l'anorexie), l'hypersomnie (qui remplace l'insomnie). Cette forme de dépression serait plus fréquente chez les femmes, serait plutôt résistante (Charles, 2013, p.36).

Dans son usuelle, la dépression atypique décrit le plus souvent une dépression coexistant avec des signes de psychose (schizophrénique) débutante : les éléments dépressifs (atonie, asthénie, ralentissement idéomoteur) côtoient un retrait affectif, une bizarrerie, une ambivalence (signes de dissociation) et un sentiment de dépersonnalisation. L'âge est un critère important (Pirlot& Cupa, 2012, p.123).

Nous constatons que la dépression mélancolique manifeste tous les symptômes de dépressions telle que une forte intensité, désespoir pour intense des problèmes d'insomnie.

**4-3 Dépression réactionnelle :** c'est une forme de dépression causée par un événement marquant ou une pression psychique excessive, autrement dit ; c'est une réaction anormale à un événement traumatisant vécu consciemment par le patient .La réaction à cet événement est une réaction vrai, K.Jaspers : « son contenu a un rapport compréhensible avec l'événement qui lui a donnée son origine, qu'elle ne serait pas survenue sans cet événement et que son évolution dépend de cet événement » . Il peut s'agir d'un fait grave, comme un accident ou un décès ou bien elle peut succède immédiatement à un traumatisme affectif : deuil, abandons, échec sentimental ou professionnel, conflits conjugaux , solitude et isolement. La durée des

dépansions réactionnelles est plus courte que celle des dépansions endogènes (L'evy-sousson, 1994, p.138).

**4-4 La dépression névrotique dans la problématique œdipienne :** est provoquée avec la triangulation génitale par le sentiment d'exclusion de la scène primitive et les conflits d'identification. Le sujet peut se sentir mauvais en raison des reproches du surmoi pour avoir attaqué ses objets d'amour. Pour éviter cette dépression, des mouvements régressifs peuvent s'opérer avec des composantes maniaques phalliques narcissiques ou de toute puissance anale ou orale (Lechevalier, 2012, p.108).

Les dépansions névrotiques sont des syndromes dépressifs qui surviennent chez un sujet porteur de l'une des quatre névroses classiquement décrites (Angoisse, hystérique, phobique, obsessionnelle) ou à défaut de traits de personnalité névrotique (Godfryd, 2014,p.64)

**4-5 La dépression narcissique :** peut concerner la perte d'une image idéalisée de soi ou de l'objet dans les crises de la vie comme dans le processus de la cure. Le sujet peut se sentir ne rien valoir à l'aune de sa grandiosité .Il faut souligner la perte du projet d'être les deux sexes à la fois dans la réalité corporelle à l'adolescence. Une vraie sublimation de la bisexualité ne peut être que l'aboutissement du travail de la dépression et des identifications .Ces deux formes sont souvent mélangées elles peuvent résulter d'un échec de l'élaboration de la position dépressive à l'occasion de la perte réelle ou symbolique d'un objet d'amour.

La culpabilité y règne. Elle est issue du sentiment d'avoir abimé l'objet. Il ne faut pas confondre la dépression élaborative et progrédiente de la position dépressive dans les éditions successives des crises de la vie, avec des formes pathologiques de dépression.

Ces deux formes de dépression ainsi la dépression mélancolique ou les autres dépansions psychotiques avec composantes projectives persécutrices se constituent dans un espace personnel permettant le va-et-vient des mouvements de projection et d'introjection (Lechevalier, 2012, p.109)

**4-6 La dépression primaire :** cette dépression est provoquée par la perte de fusion trop brutale et les angoisses d'anéantissement du début de la vie réveillées à l'occasion d'un traumatisme et ses conséquences dans l'après-coup. Dans la cure, elle peut survenir non seulement lors des séparations et avec le projet de terminaison, mais aussi du fait du travail

intrapsychique de décollage des pseudo-identifications constituées dans l'adhésivité a fin d'éviter la chute dans le vide (Ibid, p.110)

**4-7 La dépression essentielle :** (DE), décrite par Marty et les psychanalystes de l'école psychosomatique de paris <sup>3</sup> chez des patients somatisant, c'est une dépression sans objet , ni autoaccusation , ni culpabilité consciente ; elle s'oriente vers la sphère somatique par perte des tonus d'instinct de vie . Associée à la pensée opératoire, elle est délétère pour l'organisation somatique .Elle est marqué par la baisse du tonus vital et passe souvent inaperçue pendant que la vie psychique est limitée du fait d'un surinvestissement du perceptif et que le discours s'avère factuel, sans élaboration imaginative .Le sujet semble coupé de sa vie intérieure.

En fait, la symptomatologie de cette dépression se définit par un manque : effacement sur toute l'échelle, de la dynamique mentale des mécanismes de défense (déplacement, condensation, introjection, projection identification, vie fantasmatique et onirique) au point d'agir pour le compte de la pulsion de mort, désobjectalisante.

**4-8 : La dépression psychotiques :** la gravité d'une dépression peut conduire la personne à perdre complètement la réalité et devienne psychotique ; c'est une rupture avec la réalité, qui engendre des hallucinations (Christina, 1999, p.6)

Freud parle d'une dépression anaclitique, ou il explique l'angoisse qui touche l'espace psychique de la femme en effet, l'enfant reste incluse dans le soi maternelle comme une parcelle est indifférencié de ce soi .Il est exclu des représentations de vie et des réalités de sa mère autant qu'objet différencié. Ici dans cette situation l'enfant risque la psychose, il est dans la nécessité de se dégager des identifications maternelles faisant de lui un faux objet perdu. (Anzieu et all, 2003, p.143)

De ce qui précède, nous constatons que les dépressions sont multiples et multiforme, par exemple la dépression réactionnelle apparait en réaction à un événement extérieur. Quand le sujet en souffre de mélancolie est déchiré par des pulsions contradictoires d'amour et de haine c'est-à-dire il souffre d'une dépression mélancolique de ce fait on peut dire que chaque forme de cette dernière se diffèrent de l'autre.

### **5- Les bienfaits de la dépression :**

Si la dépression est connue et reconnue par les praticiens comme une pathologie , il faut ajouter que la psychanalyse , en particulier les conceptions de Klein , Mahler, Winnicott , Fédida, permettent de penser l'aspect « Positif » du point de vue psychique de la dépression en tant que stade de développement du jeune enfant ou comme forme d'accession à une régression témoin d'une « plasticité » psychique et psychosexuelle dans la quelle les éléments traumatiques et conflictuels ne sont pas l'objet de défenses anales ou caractérielle trop rigides couteuses sur le plan de l'homéostasie psychosomatique :

Klein : la position dépressive à partir du 6<sup>e</sup> mois de Klein fait suite au stade schizo-paranoïde, permettant la mise en œuvre de mécanismes de défense par où l'intériorisation est porteuse de possibilités d'attente et d'investissement des processus cognitifs et intellectuels, et donc de symbolisation de la perte, là où auparavant régnaient la décharge sensori-motrice et le mécanisme de projection.

Mahler avec la phase du processus de séparation-individuation (entre 4-5 mois et le 25 mois) Winnicott avec ses réflexions sur la capacité d'être seul en présence de la mère. Tous ces travaux ont permis d'établir le bien-fondé de la dépression comme étape de la maturation de la psyché de l'enfant. Celui-ci ne peut en effet que la rencontrer et la métaphoriser (métaboliser) à l'occasion de la perte de l'objet primaire puis des objets successifs.

La dépression que permet la régression réinstalle une « latence » propice à un travail psychique témoin de l'acceptation d'une perte quel qu'elle soit (personne, travail, idéal), ce temps de régression mobilisant des mécanismes de défenses (refoulement, déplacement, etc.) et des formes de fonctionnement psychique (rêve, rêverie, etc.) facilitant la « métabolisation » « psychisation » des objets perdus. Sans cette phase régressive, la sur mobilisation de défenses anales, caractérielles ou celles à visée narcissique (clivage/déni) risquent de mettre à mal l'homéostasie psychosomatique. Les clivages mis en face des pertes d'objet non psychisés ont en effet toutes les chances d'être pourvoyeurs de symptômes psychiques plus graves comme des passages à l'acte addictifs, des moments de dépersonnalisation voire, plus grave, des délires ou encore des somatisations (Pirlot & Cupa, 2019 , p.140) .

Dans son ouvrage « Les Bienfaits de la dépression ». Éloge de la psychothérapie, Fedida nous permet de comprendre qu'un travail thérapeutique, y compris analytique, ne peut aboutir à un changement de fonctionnement chez le sujet sans prendre en compte la perte des objets

aliénants qui l'ont amené à consulter : en ce sens la dépression fait partie du chemin psychanalytique.

## **6- Eléments psycho dynamiques relatifs au deuil , au travail de deuil , à la dépression :**

**6-1 Sigmund Freud :** Dans le Manuscrit G des lettres à Fliess, en 1895, Freud propose que la mélancolie résulte d'un deuil particulier, non par perte d'un objet, mais par perte de Libido. L'excitation s'écoule, comme d'une blessure, d'un trou dans le psychisme.

Il reprendra la même image du trou vidant les réserves d'énergie libidinale dans « Deuil et mélancolie ». Dans ce texte il montre comment, plus généralement et au-delà de la pathologie mélancolique, le deuil est un travail psychique permettant au sujet d'accepter la perte. Quand ce travail est entravé ou impossible, la dépression pathologique apparaît. De façon schématique, on peut dire que, pour Freud, le deuil devient pathologique et que le syndrome dépressif augmente lorsque le conflit entre amour et haine pour l'objet perdu est sur le devant de la scène, la culpabilité étant alors intense.

Freud montre la parenté entre le mélancolique et la personne en deuil. Chez le mélancolique, le deuil peut préexister à l'accès pathogène mais pas toujours. Dans la mélancolie, la problématique psychique est plus complexe : une partie du moi s'identifie à l'objet perdu une autre partie du moi est mise en accusation par l'instance critique qu'est le sur-moi. La régression est telle que c'est au sur-moi archaïque cruel, peu différencié du moi idéal tout puissant et persécuteur que se confronte le moi. Cela se traduit par une faiblesse de l'« estime de soi ». Règne ainsi le sur-moi comme « pure culture de la pulsion de mort ». À l'inverse du mécanisme de projection vers l'autre (objet) extérieur rencontré chez le paranoïaque, le mélancolique s'est identifié narcissiquement à l'objet perdu (le choix d'objet est ici préférentiellement narcissique) et il projette contre lui-même les reproches et l'agressivité envers cet objet et « l'ombre de l'objet tombe sur le moi ». La projection se retourne en persécution (via le sur-moi). La différence entre haine projetée chez le paranoïaque et introjectée chez le mélancolique a fait évoquer pour celle-ci la notion de « paranoïa intériorisée ». Dans ces conditions, le suicide revient, comme l'étymologie le suggère, à « tuer l'autre en soi-même » : le mélancolique, pour échapper aux tortures de ses reproches envers lui-même, cherche le soulagement (y compris pour les autres, dans le suicide « altruiste ») en retournant contre lui l'hostilité ressentie envers l'objet perdu auquel il s'est identifié narcissiquement (Gédance, 2007).

Dans la manie, le renversement vise à combattre par le « triomphe maniaque », qui n'est que l'expression du déni de toute perte d'objet investi narcissiquement. Le travail de mélancolie n'est pas un travail de deuil – il n'y a pas de détachement envers l'objet – mais une victoire illusoire contre l'objet aboutissant au suicide.

Après avoir étudié ce que nous avons cité précédemment, nous constatons que Freud montre qu'il existe une similarité entre le deuil et la mélancolie en abordant l'inhibition de la personne, la perte de l'intérêt pour le monde extérieur, la douleur morale ressentie, la réaction à la perte, c'est-à-dire l'incapacité de trouver un nouvel objet d'amour et la limitation du moi.

**6-2 K.Abraham** (1912) décrit chez le dépressif son incapacité à aimer, alimentant un sentiment de culpabilité de cette incapacité. Il rapproche deuil et mélancolie, le mélancolique possédant pour lui un sadisme refoulé dans l'inconscient et tirant bénéfice de ses souffrances. En 1916, Abraham propose la présence d'une régression orale dans la mélancolie (un modèle infantile de la dépression mélancolique) notant une probable déception précoce dans la relation

Enfant parents et inscrivant dans la pré génitalité (oralité) une blessure narcissique. Tout objet extérieur donnera au dépressif la possibilité de compenser par une gratification orale narcissique, la dépression infantile passée (hypothèse ouvrant à celle de la dépression quasi mélancolique sous jacente aux toxicomanies et addictions).

Nous constatons qu'Abraham à parler de dépression en liant cette dernière à une paralysie et à une incapacité du sujet de ne pouvoir être aimé , pour lui cette incapacité du sujet de ne pouvoir être aimé , pour lui cette incapacité entraîne des dispositions haineuses et une frustration que le sujet retourne sur son moi .

**6-3 Fenichel** : pour Fenichel, le deuil est un dispositif qui transforme le choc affectif en processus de protection du Moi contre la violence du trauma. La perte a des éléments négatifs, certes, mais elle comporte aussi des éléments positifs : libération de libido se détachant de l'ancien objet et en cherchant de nouveau (avec ce que cela comporte de culpabilité). Ces pertes sont nombreuses dans le développement, la vie de l'individu : sevrage, adolescence, « adulescence », « crise du milieu de la vie » (départ des enfants), retraite, vieillesse. Tout changement, toute perte, entraîne des remaniements psychiques et c'est l'impossibilité pour le Moi d'y faire face qui devient traumatique (Gédance,2007)

**6-4 Mahler** : M. Mahler décrit la phase de Séparation individuation, vers l'âge de 36 mois. L'enfant va vivre cette séparation d'avec sa mère avec angoisse, culpabilité de l'agresser (répétition de la phase sadique orale), de la détruire. La réaction de la mère sera déterminante dans le passage de cette phase. Excessive, quand la mère ne supporte pas la nouvelle indépendance de son enfant, cette réaction peut être dépressive, abandonnique ou fusionnelle. Des manifestations psychosomatiques, parfois sérieuses (asthme), sont à craindre si les éléments interactionnels et intersubjectifs sont conflictuels ou trop chargés affectivement.

**6-5 Spitz** : Spitz a décrit d'une part l'angoisse du huitième mois et d'autre part la dépression anaclitique. L'angoisse du huitième mois ou « l'angoisse de l'étranger » devant l'étranger (le premier étranger étant le père) montre que l'enfant perçoit sa mère comme différente de l'autre et donc de lui même. Par cette angoisse structurante il accède à un niveau psychique supérieur dans lequel le tiers (paternel) commence son intégration psychique « L'Œdipe précoce » décrit par Le Guen, trouve ici ses prémisses. Spitz a également décrit une forme de dépression grave chez l'enfant : la dépression anaclitique. Celle-ci peut apparaître lorsque l'enfant est privé de son objet d'attachement, la mère, pendant quelques mois par exemple lors d'une hospitalisation. Cette dépression a été nommée dans ce cas « hospitalisme ». Cette dépression anaclitique est caractérisée par une apathie, une perte de l'élan vital, une prostration et un désespoir se soldant par un détachement de tout investissement d'objet : anorexie, fuite du regard, du contact, indiquant que le Moi est débordé par l'affect de douleur dû à l'absence, à la perte de l'objet d'appui.

Ce type de dépression est rare mais lorsque, dans les jeunes années de l'enfant, le soutien parental vient à manquer pour construire les sécurités de base, alors la symptomatologie anaclitique fera surface dans des dépressions de type « dépression limite » des états limite (Bergeret).

**6- 6 : J.Bowlby** : Bowlby a fondé les théories de l'attachement qui éclairent d'un autre jour les problématiques dépressives. Si les premiers liens mère enfant, fondateurs de l'attachement, sont inexistantes ou difficiles, l'enfant sera carencé dans ses fondements narcissiques et moiïques et ne pourra faire face à l'environnement, particulièrement dans ses relations affectives avec les objets. Les carences vont être caractérisées par des protestations (rage narcissique), ensuite par l'angoisse, puis par la dépression, le tout déterminant la suite du développement une image négative de soi, une intolérance à la privation, une angoisse devant toute perte d'objet synonyme d'abandon.

**7- La dépression selon le modèle psychanalytique :**

La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par **Karl Abraham** (1912), et **Sigmund Freud** (1916) dans « Deuil et mélancolie », pour Freud, la mélancolie est bien le deuil d'un projet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Mais à la différence de ce qui est passé 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 et des 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 à investir (Richard & Bungener, 2002, p.61).

Nous constatons que Freud, en 1916 décrit la dépression comme étant « un deuil lié à la perte de l'objet d'amour », et non plus comme un deuil rattaché à une de libido .Or dans la mélancolie , le sujet « sait qu'il a perdu, mais ne sait pas ce qu'il a perdu » , ainsi la perte est inconnue .

Tous les psychanalystes qui se sont intéressés à la mélancolie après Freud « Abraham 1924 » « Klein 1934 » « Nacht 1963 », s'accordent pour dire que la perte d'objet est capitale dans la mélancolie. Dans le deuil, la perte de l'objet rend le monde « pauvre de vide » alors que dans la mélancolie c'est le moi du sujet qui est devenu pauvre et vide. Freud décrit ainsi l'état mélancolique « il existe initialement un objet d'amour extérieur avec lequel la relation est rompue, mais au lieu d'être déplacée vers un autre objet, la libido du sujet se replie vers le moi.

Pour Freud trois conditions doivent être remplies pour déterminer ultérieurement un état mélancolique : une ambivalence initiale pour l'objet d'amour suivie d'une perte de cet objet, puis d'une régression de la libido sur le moi.

**8- Le travail psychanalytique dans les dépressions :**

Il se déroule le plus souvent en face à face dans un premier temps et consiste à transformer les aspects du fonctionnement psychique qui sont à la base de la dépression par l'intermédiaire de ce que le patient déprimé transmet à l'analyste, consciemment et inconsciemment, par ses paroles prioritairement, mais aussi la qualité de ses silences, ses mimiques et sa gestuelle.

L'analyste ne se contente pas de comprendre pour intervenir, mais il se base aussi sur ce qu'il ressent et qu'il a les moyens d'analyser, Il travaille « sur mesure » de patient en patient et de moment en moment dans l'énoncé de ses interventions et de ses interprétations. Lorsque la dépression est très figée, voire quand le patient est plongé dans une certaine mélancolie, l'analyste est amené à lutter pied à pied avec lui pour ouvrir un système de pensées souvent pauvre et complètement clos qui enferme le patient. Celui-ci peut avoir, parfois, la conviction qu'il est trop vieux, qui n'a rien à voir avec son âge réel, qu'il a raté sa vie et que ce n'est plus rattrapable, qu'il est mauvais et qu'il n'a plus qu'à mourir, qui le pousse à chercher à convaincre l'analyste que c'est ainsi et qu'il n'y a plus rien à faire.

L'analyste entreprend cette lutte en formulant des hypothèses sur les vécus antérieurs qui ont contribué à cet échec plus ou moins accentué, à acquérir un sentiment de valeur et un certain goût à vivre, mais parfois cela peut prendre l'aspect d'une sorte de corps à corps verbal qui crée une relation entre eux, relation nécessaire au changement profond du psychisme du patient et distincte du transfert qui serait reviviscence d'une relation antérieure.

Le travail de l'analyste consiste aussi à tisser des fils de représentations qui amenuisent les sentiments de vide, « d'assèchement intérieur », selon une expression d'un patient, à condition que ces représentations réveillent ou permettent que des affects s'y lient.

Contrairement à la technique dite classique en analyse où l'analyste est souvent très silencieux, en vue d'attendre d'avoir les éléments qui vont lui permettre de formuler une interprétation d'un sens latent sous le discours manifeste, dans le travail analytique il réagit souvent immédiatement en répliquant à ces remarques enfermantes et aux questions qui lui sont parfois adressées ; il peut même le faire du tac au tac. Il répond alors aux affirmations désespérées du patient qui cherche, plus ou moins inconsciemment, à l'entraîner dans ce désespoir et à le convaincre de son impuissance qui reviendrait à une impuissance commune à permettre que quelque chose ne change. Cette réponse est très importante, parce que le silence de l'analyste pourrait alors prendre valeur pour le patient d'accord de celui-ci. Un accord à ce qu'il n'y a rien à faire et qu'il est condamné à vivre ainsi. Il pourrait réifier certains aspects traumatiques précoces liés à la réponse insuffisante ou inadéquate de l'entourage.

Souvent le travail analytique et la psychanalyse des patients déprimés impliquent des moments de crise très difficiles à vivre pour les deux, l'analyste ne peut se protéger de cela, autrement il stérilise la possibilité de transformation du fonctionnement psychique.

Le travail psychanalytique dans les dépressions tend à rechercher une transformation du fonctionnement psychique qui modifie en profondeur les aspects de la psyché qui se sont construits de telle manière qu'ils ont fait le lit de ces dépressions. Il implique des aménagements par rapport à la psychanalyse dite classique, en articulation avec la structure des personnes qui en souffrent, à l'aide de ce qu'ils font ressentir à l'analyste et par la construction d'une histoire intime (Gédance, 2007, p.229).

## **II) Le deuil :**

### **1. Définition de deuil :**

En français, les mots « deuil » et « douleur » sont issus du verbe latin dolere (souffrir). Un seul terme désigne dans la langue française plusieurs aspects du deuil. Ainsi, le deuil nomme à la fois « la mort d'un être cher » et l'affliction profonde causée par cette irréversible disparition ; il désigne d'autre part les manifestations extérieures, les rituels consécutifs à un décès de même qu'une période, « temps durant lequel on porte le deuil ». Enfin, il représente le processus psychologique évolutif consécutif à la perte ou travail de deuil. Par extension, on applique ce terme à toute perte ou frustration. La langue anglaise est plus riche. Trois substantifs s'appliquent au mot « deuil » : bravement (il s'agit de la perte elle-même, de la séparation, de la dépossession) ; grief (ce terme décrit la tristesse éprouvante, le chagrin, la douleur) ; mourning (ce mot désigne le fait de porter le deuil ou de participer aux funérailles) (Bourgeois et al, 2000).

### **Selon Sigmund Freud :**

Freud est l'un des premiers auteurs qui étudie sur le vécu de deuil en 1915 dans son article « deuil et mélancolie ». Il définit le deuil comme suite « la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction venue à sa place, comme la patrie, la liberté, un idéal, etc. » (Hanus, 2002, p.17).

### **2. Les types de deuil :**

**Le deuil normal :** est celui vécu par une personne ne manifestant pas de troubles particuliers lorsque les circonstances de la mort sont habituelles. En raison de la fragilité de l'endeuillé ou des circonstances entourant le décès, l'évolution normale du deuil peut être entravée.

Pour Freud, un processus de deuil normal implique d'une part que celui qui est en deuil reconnaisse que la personne chère est réellement perdue (c'est ce qu'il appelle l'épreuve de réalité), et d'autre part qu'il « retire toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet » (Cyril, 2014, p.55).

Il s'évalue généralement au moins un an, il déroule en trois périodes principales :

L'annonce de la perte provoque chez l'endeuillé un choc, est un refus de faire face à la réalité. On espère alors que l'événement n'ait pas eu lieu, car celui-ci semble impossible, impensable. Cette phase de déni de la réalité a de nombreuses conséquences, tant sur le plan psychologique que somatique.

La période centrale du deuil, dite de dépression ou de repli, dans laquelle culpabilité, colère et peur prévalent dans un contexte dépressif marqué qui dépasse en intensité le vécu des premières semaines de deuil,

La fin du travail de deuil consiste en une période d'adaptation et d'acceptation de la perte (ou encore phase de résolution, de guérison, de restitution). Elle n'est pas l'oubli c'est la capacité à accepter de vivre avec cette perte (Danielle, 2008, p.133).

**2.2 Le deuil compliqué :** le deuil compliqué n'altère pas la santé mentale mais se traduit par un développement chronologique inhabituel. Pour de nombreux auteurs, les endeuillés qui présentent un attachement insécurisant seraient particulièrement à risque de présenter un deuil compliqué, Il peut s'agir :

**2.2.1 Deuil différé :** dans lequel la personne ne présente pas de manifestations immédiates de tristesse et continue de vivre « comme si de rien n'était ». Cette attitude peut à tort, être comprise comme une absence d'investissement affectif vis-à-vis du défunt. L'absence de corps est susceptible de favoriser ces réactions qui pourraient s'apparenter à du déni, mais qui n'en sont pas car les endeuillés ne remettent pas en cause la réalité de cette mort. Cette réaction peut persister durablement et être levée à l'occasion d'un événement déclencheur qui conduit à une libération émotionnelle (date de l'anniversaire du défunt, moments familiaux festifs rappelant l'absence du défunt, date commémorative du décès, autre deuil, etc.). L'absence totale de signe de chagrin serait pour certains auteurs, en elle-même, un signe psychopathologique ; la répression des affects pouvant conduire ultérieurement à des décompensations en particulier sur le mode addictif (Bercovitz, 2004, p.22).

**2.2.2 Deuil inhibé :** dans les situations où le sujet ne dénie pas la réalité de la perte mais n'exprime pas une affliction particulière. Certains, sans que cela ne soit pathologique, parviennent grâce à des ressources résilientes antérieures et des stratégies de *coping* soutenantes, à investir rapidement de nouveaux objets. Ils manifestent souvent un détachement à l'égard des autres et dans certains cas des attitudes d'échec liées à une apparente insensibilité affective qui impacte leur vie personnelle comme leur vie professionnelle. Pour Michel Hanus, cette réaction pourrait traduire une volonté plus ou moins consciente de se préserver de toute nouvelle situation de perte. Comme pour le deuil différé, il peut y avoir un débordement ultérieur à l'occasion d'une réactivation de cette perte et de ce qu'elle représente (Bercovitz ,2004, p.22).

**2.2.3 Deuil chronique :** dans les cas où les manifestations du deuil sont toujours aussi intenses et ne s'atténuent pas avec le temps. La tristesse et les symptômes dépressifs ne s'amenuisent pas. Les idées du registre de la dépression sont courantes : la culpabilité, les reproches envers soi-même, le chagrin important, le retrait, la détresse, l'omniprésence du défunt dans les pensées du sujet. Il peut s'agir d'un deuil ne s'inscrivant pas sur la certitude de la mort (défunt présumé, disparu, absence de cadavre visible) ; le deuil ne peut alors pas s'élaborer faute de réalité suffisante de la mort. Selon Bacqué et Hanus (2000), une forte ambivalence est souvent à l'origine de ces deuils chroniques (Bercovitz ,2004, p.23).

### **2.3 Le deuil pathologique :**

Pour la majorité des auteurs, le deuil pathologique est lié à la personnalité préalable de l'endeuillé. Michel Hanus décrit des « personnes à risque » qui sont plus exposées que d'autres à ressentir les effets traumatisants de la perte de leur proche. Il se manifeste à travers une affection psychopathologique déterminée chez des personnes qui en étaient, du moins extérieurement et en apparence indemnes jusque-là ou qui du moins ne l'avaient pas extériorisée, n'en avaient manifesté ni les symptômes, ni les signes. Il ne *s'agit pas* d'une majoration des troubles habituellement exprimés mais de troubles liés à la constitution antérieure de la personnalité, à sa fonctionnalité psychique et à ses capacités de faire face ou non. La survenue du deuil vient révéler des structures de personnalité méconnues jusque-là et entraîne une modification grave de l'état mental, décompensation d'une personnalité névrotique ou psychotique (deuil psychiatrique), développement d'un comportement dangereux pour le sujet ou pour son entourage.

Dans ce domaine des deuils pathologiques, les classifications sont multiples avec des données descriptives répertoriant ces deuils à travers de vastes catalogues de descriptions de troubles mentaux (Romano, 2015) Sont ainsi décrits :

**2.3.1 Deuil obsessionnel :** les manifestations du deuil obsessionnel sont plus silencieuses, l'endeuillé étant très investi dans l'organisation des funérailles. Il est fixé sur le règlement des éléments administratifs du défunt et ne parvient pas à se détacher de la gestion des détails matériels qu'il investit de façon obsédante. Ce surinvestissement lui permet de maintenir à distance les émotions mais l'épuise psychologiquement ; les tentatives de suicide sont rares mais l'état dépressif peut être majeur avec des ruminations auto-agressives (Romano, 2015, p.25).

**2.3.2 Deuil hystérique :** dans le deuil hystérique, l'apparition des premières réactions sont normales pendant quelque temps mais d'autres personnes vont produire une violente crise émotionnelle avec décharge motrice. Décompensation de la personnalité et réactions de type histrionique (manifestations théâtrales, agitation difficilement contrôlable). Les comportements autodestructeurs sont fréquents avec de risques importants de tentatives de suicide ou de suicide pour « rejoindre » le décédé (Romano, 2015, p.26).

**2.3.3 Deuil maniaque :** humeur exaltée, agitation, joie inadaptée, excitation. Cette réaction est souvent de courte durée et fait souvent place à des effondrements mélancoliques. Il existe un temps de latence entre la perte et la réaction maniaque, l'endeuillé paraît faire face à la situation, cette attitude cache un grand effort de répression des émotions ou le maniaque nie le deuil ainsi que le lien qu'il avait avec le défunt. Mais quand la réalité ne peut pas être niée, le maniaque rentre dans une dépression grave (Romano, 2015, p.25).

**3. Les phases de deuil :** le travail de deuil est un processus de symbolisation qui consiste à mettre quelque chose à la place de l'objet perdu. C'est toujours une blessure, dont nous guérissons certes mais qui laisse en nous des traces, une cicatrice. Le désinvestissement de l'objet perdu n'est jamais complet et ne peut l'être. Une partie de notre énergie libidinale lui reste attachée à jamais et disparaît donc avec lui. L'attachement, même le moins ambivalent, a toujours une dimension narcissique. Le deuil se décompose en plusieurs phases :

**3.1 La sidération :** de déni ou de choc est la première manifestation. Même si la séparation était intellectuellement admise comme imminente et inévitable, on n'en éprouve pas moins un

sentiment d'étrangeté, mêlant à la fois douleur diffuse, soulagement et incrédulité. C'est une période d'anesthésie affective, Elle se caractérise par une perte d'appétit, des troubles du sommeil, une perte de désir (en particulier sexuel) et une fatigue intense ainsi que par des conséquences sur le plan relationnel. Ainsi, les affects sont anesthésiés, les perceptions émoussées, l'organisme est paralysé physiquement comme intellectuellement (Bacqué & Hanus, 2003).

Cette phase se caractérise également par la survenue de sentiments contradictoires. La personne endeuillée va ainsi idéaliser la personne disparue, qu'il s'agisse de ses actions ou de sa personnalité. Des sentiments comme la colère, la culpabilité et le ressentiment sont alors présents. Ils s'accompagnent de pleurs, de comportements d'appels et d'activités de recherche du disparu. (Cyril & Sébastien, 2014, p.90)

**3.2 La colère et l'agressivité :** La douleur créée par cette annonce devient de plus en plus intense. L'individu va réagir avec agressivité envers tout l'environnement immédiat et particulièrement vis-à-vis de celui ou de celle qui vient annoncer le décès. Les premiers moments de stupeur passés, l'individu va essayer de repousser la réalité hors de lui par une réaction violente, espérant que cette information ne l'atteindra pas ou ne le submergera pas. L'agressivité est signe que la vie est plus forte que l'attrait de la mort. L'accompagnateur doit l'accepter (transfert au sens psychanalytique) pour que la violence de cette agressivité ne se retourne pas contre son auteur et n'accroisse pas son sentiment de culpabilité naissant (Alain, 2006, p.12)

**3.3 La dépression :** se définit comme l'étape la plus intense. Elle représente la période aiguë du deuil. Les réactions à la réalité de la perte entraînent chez l'endeuillé un véritable état dépressif, au cours de cette phase apparaissent les symptômes communs à la mélancolie, que Freud avait déjà identifiés comme la dépression de l'humeur, la douleur morale, le désintérêt pour soi-même et le monde ambiant, ainsi que l'inhibition. La phase dépressive entraîne l'apparition de symptômes somatiques, émotionnels, intellectuels et relationnels. Ainsi, la personne endeuillée présente des manifestations émotionnelles et somatiques liées à son deuil, telles que la tristesse, les pleurs, la culpabilité, la honte, l'irritabilité, l'anorexie, l'insomnie, le sentiment de vide, la fatigue... Elle témoigne d'altérations cognitives, telles que des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Des manifestations relationnelles sont également présentes du fait que l'individu présente des difficultés à s'investir dans ses relations

sociales. En outre, une identification inconsciente au défunt, telle que l'imitation de comportement, le sentiment d'avoir la même maladie (quand maladie il y avait), est parfois constatée. Bacqué (1997) rappelle que la dépression est la conséquence du désinvestissement libidinal de l'objet perdu. De ce fait, un travail de deuil se fera de manière progressive et par étapes, car chaque souvenir en lien avec le défunt va être confronté à la réalité de la perte. La personne endeuillée devra puiser dans ses ressources, mais, centrée sur l'objet perdu, elle va peu à peu se replier sur elle-même (Cyril & Sébastien, 2014, p.92)

**3.4 L'adaptation ou d'acceptation :** elle intervient lorsque le sujet retrouve ses intérêts habituels, et qu'il recommence à se tourner vers l'avenir. Dès lors, il est possible de constater un amoindrissement, voire une disparition des troubles psychiques et somatiques. L'adaptation à la perte lui permet alors de réinvestir dans de nouvelles relations affectives. « Le signe de l'accomplissement du travail de deuil s'avère la reconnaissance de la possibilité de profiter de la vie » (Bacqué et Hanus, 2003). Ainsi, le travail de détachement se poursuit, car les représentations associées au disparu, même si leur fréquence est en baisse, persistent et ne disparaîtront pas. La fin du deuil est souvent marquée par un sentiment de libération, si ce n'est lors des reviviscences de la douleur au moment des dates anniversaires de l'événement. Le processus de deuil, même s'il est considéré comme une expérience douloureuse, mènera la personne à une maturation psychique. Ainsi, la personne endeuillée ne sera plus jamais la même, mais il lui incombera de faire de cette épreuve quelque chose qui pourra lui servir (Cyril & Sébastien, 2014, p.93-94)

#### **4. La prise en charge de l'endeuillé :**

Accompagner, c'est d'abord accepter la présence de l'autre. C'est ensuite savoir porter quelque temps une partie de son sac de souffrance (processus transférentiel). Le plus souvent des gestes simples de vie et de relation ou des réponses claires à ces questions, au mieux en se servant de métaphores adaptées à chaque personne, qui suffisent pour l'aider dans sa cicatrisation. Cette écoute doit se vivre en réelle empathie ou le mental de l'accompagnateur est centré sur l'autre et non pas lui-même, chaque deuil est unique et doit être appréhendé comme tel, même si la connaissance des différentes phases de travail de deuil permet à l'accompagnateur d'anticiper le cheminement global et repérer les perturbations graves qui s'y associent.

**Psychothérapie d'inspiration psychanalytique :** la théorie psychanalytique, introduite par Sigmund Freud (1856-1939), est née de l'expérience clinique du traitement de patients névrosés. Elle met en avant l'importance fondamentale des événements infantiles dans le survenu de phénomène mentaux anormaux. Elle lie les événements infantiles, les conflits, leur refoulement et leur éventuelle fixation sur un objet donné pour la constitution de l'inconscient. Les conflits sont déterminants pour construire la personnalité. Ces conflits internes entre désires et défenses entre inconscient et conscient sont souvent ramenés à un conflit entre la libido et un obstacle ou un interdit.

Lorsque ces conflits sont mal intégrés, la fixation peut être à l'origine d'une névrose d'une névrose. Qui ne se révélera qu'à l'âge adulte, lorsque celui-ci va vivre d'autres conflits internes, comme le deuil (Alain, 2006, p.186).

La psychanalyse est un outil thérapeutique qui permet de donner la parole à l'inconscient. Le travail est alors centré sur son histoire personnelle et étudie la réactivation de l'histoire par le transfert sur le thérapeute. Elle recherche la modification de la structure de la personnalité sous-jacente aux symptômes.

Suivre une telle cure nécessite donc un besoin, un état d'esprit et une capacité de verbalisation suffisante pour pouvoir la mener à bien sur plusieurs années. Plus que toute autre explication de ce qu'est une cure psychanalytique, nous reprenons les termes de Balmory, qu'elle a présentés notamment au fil de son livre « le sacrifice interdit ». Pour elle, la psychanalyse « dénouait un peu les liens de servitude » surtout ceux qui, comme pour tout un chacun, la liaient à ceux qu'elle aimait.

La cure donc une technique pour aider l'autre à devenir conscient. Elle apprend d'abord la désobéissance avec soi-même, puis aussi avec son environnement, passage obligé pour naître à soi-même et se reconstruire quand la personne le pense nécessaire (Alain, 2006, p.187).

**Conclusion du chapitre :**

Pour conclure, l'expérience commune de l'état déprimé s'apparente à un empêchement de ressentir les moindres mouvements de la vie interne et extérieure à l'abolition de toute rêverie et de tout désir, la plainte du déprimé ; la vie est vide, il n'y a de goût ni d'intérêt pour rien, et une incapacité à faire quoi que ce soit, une plainte triste sans affect (détachée), on peut dire aussi que le deuil est une sensation aux différentes menaces ou psychogènes, interne et externes. Elle est liée à un conflit qui pousse la personne à perdre sens dans la vie, il est engendré par d'autres problèmes psychiques ou somatiques comme la dépression, les troubles de l'humeur ou maladie chronique, tout cela guide vers des idées négatives. Afin d'éviter l'arriver à ce stade, il faut instaurer une atmosphère autour de la personne qui soit favorable à un bon équilibre psychologique

# *Problématique et hypothèses*

### **1. Problématique :**

De nos jours la santé devient un problème public de chaque individu, avoir une maladie fait partie de la vie de chacun de nous, elle peut toucher tout le monde que l'on soit une personne âgée ou non, quelque soit l'âge, les origines, nous pouvons tous souffrir un moment ou à un autre de notre vie, personne n'est à l'abri de se confronter à une maladie quelle que soit son degré.

La maladie est une altération des fonctions ou de la santé d'un organisme vivant. On parle de la maladie ou référant à l'ensemble des altérations de santé que d'une maladie, qui désigne alors une entité particulière caractérisée par des causes, des symptômes, une évolution et des possibilités thérapeutiques propres. En plus il y a des maladies qui disparaissent au cours du traitement et d'autres qui ne guérissent pas dites chroniques [Http://www.who/topic/chronic-diseases/Fr/OMS](http://www.who/topic/chronic-diseases/Fr/OMS).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la maladie chronique comme une affection de longue durée qui la plupart du temps évolue lentement. Elle peut engendrer des incapacités et impacte la vie quotidienne des patients. <https://www.santemagazin.fr/sante/maladies-chronique>.

Les maladies chroniques, que ce soient les maladies rénales ou autres, sont des pathologies lourdes qui traînent dans le temps, nécessitant des prises en charge étroites, lentes et multidisciplinaires et dont l'impact est très marqué et sur le patient et sur son environnement.

La maladie rénale est appelée « néphropathie » et est due à une défaillance au niveau des reins. Cet organe est au nombre de deux chez l'homme, même si un seul rein suffit pour vivre. Le rein est vascularisé par les artères et les veines rénales, leur principale fonction étant l'épuration du sang. Ce sont plus précisément les néphrons, unité fonctionnelle qui assurent l'épuration du sang et engendrent le processus qui mène à la formation de l'urine. Site INSERM, insuffisance rénale <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/inssufisance>.

L'insuffisance rénale peut être aiguë lorsque le dysfonctionnement est transitoire et réversible. Elle peut survenir suite à un événement plus ou moins brutal : accident, surdose de médicament ou intoxication médicamenteuse, baisse brutale de la tension artérielle ou encore en cas d'obstruction des voies urinaires. La dialyse peut permettre dans ce cas d'améliorer l'état pendant le processus d'autoréparation rénal. L'insuffisance rénale chronique, quant à

elle, est une défaillance progressive et irréversible des fonctions excrétrices et endocrine pour des causes pouvant être diverses, le dysfonctionnement n'est pas temporaire et est irréversible. Une défaillance n'entraîne pas immédiatement des symptômes, ce n'est qu'à un stade avancé que ceux-ci surviennent, quand le rein ne fait plus face aux besoins de l'organisme. Cela nécessite une technique médicale qui est l'hémodialyse.

L'hémodialyse également nommée « rein artificiel » est un circuit extra corporel, ce traitement permettant l'élimination des déchets métaboliques et le maintien de l'équilibre hydro-électrolytique grâce à un échange de solutés et d'eau entre le sang du malade et un dialysat dont la composition est proche du liquide extra cellulaire normal, au travers d'une membrane semi perméable (Caillé & Martinez, 2014, p.23).

Donc on peut dire le traitement par hémodialyse expose le patient à une transformation physique « extérieure », et aussi à une souffrance psychique « intérieure ». Qui peut impacter de divers troubles, parmi ces derniers, figurent les troubles anxieux, troubles de sommeil et dépressifs.

La dépression est une notion polysémique, elle désigne un ensemble hétérogène de trouble, associé à de nombreux facteurs psychosociaux et biochimiques (Swenddsen & Blatier, 1996, p.80). On parle d' « humeur dépressive » pour désigner un état momentané de détresse, de perte d'intérêt, d'énergie et d'entrain, peuvent survenir à la suite d'un évènement aversif (perte, séparation, déception, échec maladie...), lorsque le sujet ne dispose pas des ressources (personnelles et sociales) nécessaire pour faire face.

La dépression clinique est un ensemble de symptômes émotionnels cognitifs, comportementaux et somatique. Le syndrome dépressif comprend des affects négatifs (découragements, tristesse, craintes, soucis et parfois hostilité et méfiance), des cognitions particulières (idées d'indignité, dévalorisation de soi, culpabilité, sentiments d'échec, idées de suicide), des troubles comportementaux (retrait, fuite, isolement, fatigabilité, ralentissement...) et somatique (fatigue, faiblesse, troubles de sommeil et de l'appétit, céphalées, vertiges, troubles digestifs ...).

La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par Freud dans « deuil et mélancolie », alors qu'Abraham travaillait aussi sur ce sujet. Pour Freud, la mélancolie est bien le deuil d'un objet perdue, même si ce dernier n'est pas consciemment réparable. 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 de moi, identifié à l'objet perdu, est dès lors en butte à la critique de l'autre partie de 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, 2016, p.57).

La perte de la normalité entraîne des sentiments variés de la part du malade. Les étapes de vie liées à la pathologie mais également aux situations de handicap auxquelles ils vont faire face, les mènent à vivre plusieurs phases, parmi ces phases on trouve le processus de deuil ; deuil de cet état de bonne santé.

D'après notre recherche théorique et notre pratique, on a remarqué que la personne hémodialysée va entraîner un travail de deuil, selon Janine Pillot : « le deuil est un processus humain provoqué par toute rupture, toute perte significative dans le champ de nos investissements. Le travail de deuil fait partie de toute croissance de maturation humaine ».

Selon Freud la perte d'objet qui était auparavant investie libidinalement et narcissiquement est vécue comme une menace pour le sujet lui-même, qui ressent qu'une partie de lui-même est perdue ou risque de l'être dans le deuil. La douleur apparaît alors comme une des expressions de blessure narcissique que la perte des objets aimés inflige. Freud explique dans le deuil, nous devons décider soit à mourir avec l'objet soit à survivre en nous séparant de lui. A propos de deuil Freud écrit : nous comptons bien qu'il sera surmonté après un certain laps de temps et nous considérons qu'il serait inopportun et même nuisible de la perturber.

Pour cela nous avons utilisé dans notre recherche le test projectif et de personnalité rorschach élaboré par le psychiatre « HERMANE RORSCHACH » en 1921, qui répond à notre objectif de recherche. Car il permet d'appréhender le fonctionnement psychologique d'un individu en regardant certains de ses composantes fondamentales, telles que le type d'appréhension cognitif, le rendement intellectuel général, le mode d'expression habituelle des affectés, la manière de ressentir les relations interpersonnelles ou encore les problématiques individuelles.

Dans notre travail de recherche, enrichi par le guide d'entretien clinique et le test rorschach auprès de notre population d'étude, nous avons jugé pertinent de poser la question suivante :

Est que les personnes hémodialysées peuvent arriver à faire le deuil ? Si oui, en quoi se caractérise-il ?

### **2. Hypothèse :**

Les patients hémodialysées peuvent arriver à faire leur deuil, qui se caractérise par l'acceptation de la maladie qui se traduit par la tristesse et l'affrontement de la réalité sous résistance ou déni de la maladie.

### **Les objectifs de la recherche :**

Notre recherche a pour but d'étudier la dépression et le deuil chez les adultes hémodialysées et donner l'importance au vécu psychologique des personnes hémodialysées adultes, avoir une meilleure connaissance de cette maladie à travers l'analyse des cas cliniques et connaître l'influence et l'impact de l'insuffisance rénale sur l'état psychique plus précisément la dépression et le deuil du patient atteint de cette maladie.

### **1. Choix du thème :**

Les personnes hémodialysées font partie dans notre vie quotidienne, c'est pour cela ont a choisis d'aborder ce sujet. Qui touche l'humain a tous les âges, et touche les deux dimensions suivantes : psychosomatiques d'une part, et somatopsychiques d'une autre part, et pour mieux comprendre la façon dont les personnes hémodialysées vivent avec cette maladie et leur souffrance psychique et la complexité qui l'entourent, une malédiction dans notre société sans se rendre compte que la personne hémodialysée est en détresse, elle vit cette réalité comme calvaire mais dans le silence.

### **Opérationnalisation des concepts**

#### **La dépression :**

Nous adoptons la définition du petit Larousse de la médecine qui stipule : « la dépression est un état pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité psychomotrice et à un désintérêt intellectuel ».

Nous allons peu à constater que la personne dépressive présente des symptômes signalée par le sujet ou observée par les autres. Comme ; souffrance morale, un discours pauvre, une baisse de libido, trouble de sommeil, perte d'appétit, perte d'énergie, fatigue et perte d'intérêt et larmes et pleurs. Ces manifestations se présentent sur le test rorschach sous forme de réponses de type : c', H, A.

### **Le deuil**

**Le deuil non élaboré :** Le deuil est une souffrance psychique, réaction et un sentiment de tristesse, déchirement et douleur éprouvée à la suite à une perte, quelle qu'elle soit. Qui se présente sur les réponses dans les planches de test Rorschach : Clob, Hd, Choc, Anat, deni, (H).

**Le deuil élaboré :** est dit élaboré lorsque l'évaluation du travail de deuil ne conduit pas à l'effondrement psychique de l'endeuillé. Dans ces reconnaissances de l'objet (G), (F+) (C).

# *Partie pratique*

## *Chapitre IV*

# *Méthodologie de la recherche*

**Préambule :**

Ce chapitre est relatif à la méthodologie de la recherche qu'on a consacré pour montrer les différentes étapes suivies dans notre recherche, afin d'améliorer notre travail concernant la dépression et le deuil chez les adultes hémodialysés. Dans un premier temps, nous allons expliquer le déroulement de la pré-enquête et l'enquête ainsi que présenter la méthode de recherche et le groupe d'étude et ces caractéristiques. Ensuite, nous allons parler sur la présentation de lieu et la durée de la recherche, par la suite, nous évoquerons les outils de recherche qu'on a employés. Enfin, nous allons terminer avec une synthèse du chapitre.

**1-La pré-enquête :**

La pré-enquête est considérée comme la première étape qui constitue la base de toute enquête. Cette dernière est une phase très importante dans toute recherche méthodologique et scientifique. C'est la première confrontation et contact avec le terrain, elle nous permettra de recueillir un ensemble d'informations concernant le thème de recherche, le terrain et la population d'étude. En revanche elle va nous permettre d'apporter des modifications à notre problématique et la formulation des hypothèses et d'élaborer des changements à notre guide d'entretien.

Nous avons réalisé notre pré-enquête au sein de l'EPH Bordj Bou Arreridj. Nous sommes présentées vers le début de mois de mars en tant qu'étudiantes en master deux en psychologie clinique, pour vérifier si nous pouvons trouver notre groupe d'étude.

D'abord on a été accueillies par le directeur de l'établissement M<sup>r</sup> Saad Mohamed, à qui nous avons exposé notre demande. Après avoir eu son accord et signé la lettre d'envoi qu'ils nous ont donnée du département. Le directeur nous a orientés vers une psychologue qui nous a pris en charge durant notre stage.

Nous avons débuté notre pré-enquête qui a duré un mois et demi, dans le premier jour, la psychologue nous a présenté le lieu, le personnel, on a visité le terrain de la recherche, on s'est présentées en tant que psychologues stagiaires, dans le cadre d'une recherche pour la réalisation de notre mémoire de fin de cycle.

Durant cette pré-enquête qui a duré un mois et demi avec la bienveillance et la disponibilité du groupe de recherche. Nous avons appliqué la consigne et test de rorschach et notre guide d'entretien sur des patients qui n'ont pas trouvés des difficultés à comprendre, ils n'ont pas soulignés aucune ambiguïté.

## **2- La méthode de recherche :**

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

### **2-1 La méthode clinique :**

Est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent à déterminer à la fois ce qu'il ya de typique et ce qu'i ya d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminé (Sillamy, 2003, p.58).

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 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 & Bénony ,2003,p.11).

La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle .La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recors à des techniques ( tests, échelles , entretiens ...) de recueil in vivo des informations ( en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et respectant le contexte ) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats, le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet, ce que n'implique pas toutes les situations cliniques, notamment celle qui concernent la recherche sur des faits psychopathologique ou d'adaptation (Fernandez& Pedinielli , 2006) .

### **2-2 L'étude de cas :**

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

Ainsi « l'étude de cas permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignage de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre 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 sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. L'objectif de l'étude de cas est donc d'élaborer des hypothèses » (Chahraoui & Bénony, 2005, p.126).

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 deuxième étape est l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répondant à ces principes fondamentaux (Pedinielli, 2005).

### **3-Le groupe d'étude et ces caractéristiques :**

Notre étude est composée de quatre cas (04 Cas) de deux sexes (féminin, masculin), qu'on a sélectionnés d'une manière ciblée et volontaire, atteints d'insuffisance rénale, avec lesquels on a travaillé dans l'anonymat en gardant la confidentialité, ou on a opté à modifier leurs prénoms. Nos sujets de recherche concernant la catégorie d'âge d'adulte.

Nous avons limités à un seul cas typique, pragmatique, cela à cause les contraintes du temps, nous n'avons pas pu terminer tous les cas.

#### **3-1 Critères d'inclusion de groupe d'étude :**

Tous les cas étaient consentants.

La dimension du sexe n'est pas prise en considération dans notre travail, car cette maladie peut toucher les deux sexes.

Tous les cas choisis partagent la même maladie.

Tous les cas n'ont pas subi la transplantation rénale.

**3-2 Les caractéristiques de groupe d'étude :****Tableau N°2 : Récapitulatif des cas étudiés**

<b>Cas</b>	<b>Age</b>	<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Durée de la maladie</b>
Amira	41 ans	Baccalauréat	3 ans
Katia	50 ans	Analphabète	1 an
Amine	28 ans	2 <sup>em</sup> année moyenne	2ans
Mohamed	47 ans	Baccalauréat	12 ans

À partir du tableau N°:2 réalisé sur les caractéristiques de groupe d'étude de notre recherche, nous avons procédé à la sélection de 4 cas d'insuffisance rénale chronique de sexes différents hommes et femmes dont l'âge varie de 28 ans à 50 ans.

**4- Présentation du lieu de la recherche :**

Notre recherche est effectuée à l'établissement public hospitaliers « Bouzidi lakhder » Bourdj Bou Arreridj.

Les services médicaux : Service pédiatre, service médecine, service urgence médicale, réanimation, service maternité, urgences médicaux chirurgicales,, une unité pour le centre d'hémodialyse .

Notre recherche est menée dans ce service, il contient une salle d'urgence qui contient 2 machines, 3 salles de dialyse chaque salle contient 5 machines, une salle d'isolement contient 2 machines et une salle de traitement .Dans ce service on trouve le chef de service et 3 généralistes, 4 néphrologues, une psychologue et 12 infirmiers, et 2 agent de technique, et 2 agent de service.

**5 -Les outils de la recherche :**

**5-1 L'entretien clinique de recherche :** La pratique de l'entretien avec le patient ou 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 complétée considérable par d'autres méthodes, son but est de diagnostique ou il permet de repérer les symptômes puis les classes et thérapeutique, il

instaure une relation qui permettra la prise en charge psychologique et élaboration d'un projet thérapeutique (Chahraoui & Bénony, 2003, p.32) .

**5-2 : L'entretien clinique** : l'entretien clinique est un des outils privilégiés de la méthode clinique, dans la mesure où la subjectivité s'actualise pour les faits de parole à l'adresse d'un clinicien. Il est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expériences) témoignent de la singularité et de la complexité d'un sujet (Fernandez & Catteuw, 2001, p.74) .

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

L'entretien est mode de collecte de données « c'est un prétexte d'invitation scientifique, utilisant un processus de communication verbal pour recueillir des informations, en relation avec le but fixe » (Depelteau, 2000, p.314).

**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 (Chahraoui & Bénony, 1999, p.65).

L'entretien semi directif est l'attitude non directive qui favorise l'expression personnelle du sujet, le clinicien cherche à donc recourir à un guide thématique (Kevassay, 2003, p.76).

L'entretien semi directif est une partie de travail accomplie à l'aide du guide d'entretien qui comprend les axes thématiques à traiter dans lequel le clinicien intervient auprès des sujets qui constituent sa population d'étude, il est plus ou moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'entretien (Chahraoui & Bénony, 1999) .

**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 (Chahraoui & Bénony, 1999, p.68) .

Notre guide d'entretien est composé de 3 axes. Chaque axe est constitué des questions posé pour recueillir des informations possibles sur notre recherche.

**Axe 1 :** Les informations personnelles : cet axe nous permet de recueillir plus de cordonnés sur le sujet.

**Axe 2 :** Les informations sur la maladie : cet axe nous permet de recueillir des informations sur la maladie et son impact sur la vie des patients.

**Axe 3 :** Les informations sur la dépression et le deuil : cet axe nous permet de déterminer et cerner la dépression chez ces patients.

### **5-5 : Le Rorschach :**

Pour notre travail de recherche nous avons choisi d'utiliser le teste du Rorschach.

**Définition du test de Rorschach :** c'est un outil d'évaluation psychologique utilisé pour analyser la personnalité et le fonctionnement affectif , crée en 1912 par Herman Rorschach, dans le cadre d'un bilan psychologique, cette épreuve s'inscrit dans une démarche de compréhension globale de la personne , et permet d'enrichir et d'éclairer les résultats issus d'autres instruments d'évaluation , comme les épreuves cognitives , il est aussi un « précieux instrument d'examen en profondeur de la personnalité » (Beizmam,1961,p.21).

### **Historique :**

Le Rorschach publie pour la première fois en 1921 par un psychiatre suisse de génie « Herman Rorschach » , le test des taches est construit selon les principes d'une méthode empirique non quantitative .Il sélectionne progressivement 15 planches , il faut un rapport sur le travail d'expérimentation et recherche un éditeur , il obtient un contrat d'édition et celui-ci conserve 10 planches et charge les couleurs , puis sélectionna celle qui discriminait au mieux les malades mentaux des sujets dit « normaux »

Rorschach s'est surtout basé pour l'interprétation, sur l'opposition entre les personnalités extratensives et les personnalités introverties (Bernande, 1998, p.8).

### **Le matériel du teste de Rorschach :**

Le test se compose de dix images figurent chacune sur un support catonné (24×10).Communément appelé « planche », les images sont en fait des taches d'encre

symétrique, aux teintes diverses ; grises et le noire pour la planche I, IV, V, VI, VII .Noires et rouges pour la planche II,III, et colorées pour les trois dernières planches , le fond est toujours blanc , chaque planche et numérotée de 1a 10 . Correspondant à l'ordre de leur présentation pendant l'administration, elles sont présentées au sujet testé dans un même sens bien précisé (Richelle, 2009, p.20).

**La situation de Rorschach :**

Le sujet en situation projective est invité à parler tout aussi librement sauf que ses réponses doivent être associées à partir du matériel du test , ce qui constitue une première contrainte dans la prise en compte de la réalité externe , perceptive du stimulus et par ailleurs, il ne dispose que d'une séance pour la passation , il ya a donc liberté et contrainte, le psychologue adopte une attitude de neutralité bienveillante , il ne suggère pas il n'interprète pas , il ne juge pas ( il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponses ) (Chaber,2004.p,111) .

**Passation du test de Rorschach :**

**La consigne du teste de rorschach :** une consigne impersonnelle et au conditionnel du genre « ce qu'on vous demandé de dire, c'est tout ce qu'on pourrait voir dans ces taches », offre toute chance de stimuler le sujet sans l'orienter, il est de dire ce qu'il veut (Anzieu&Chabert, 1987,p.5).

**Le premier temps :** le temps de la représentation successive et dans l'ordre de la numérotation des (planches, cette représentation est accompagnée de la consigne, le psychologue se maintient dans une position de soutien et d'accueils des productions du sujet Les planches ont un haut et un bas sont présentées en position droite .Il n'est pas nécessaire d'inviter le sujet à les renverser de haut en bas ; on attend qu'il le fasse spontanément ou on lui permet s'il le demande.

L'examineur note toutes les réponses du sujet, ainsi que ses commentaires et son comportement, la durée de chaque planche le temps de latence qui s'écoule entre la présentation de la planche et la première réponse effective donnée par le sujet (Anzieu&Chaber,1987.p.57)

Le tableau de ces temps permettra ensuite de savoir à quelle planche le sujet s'est totalement écarté de sa moyenne habituelle et par conséquent, quels points vulnérables ont été touchés en lui.

L'examineur note également tous les changements dans les positions des planches (planche droite :  $\wedge$  ; planche renversée :  $\vee$  ; planche mise sur le coté :  $<$  ou  $>$  le retournement des planches signifient soit un esprit méthodique, qui explore systématiquement toutes les possibilités de la planche ; soit une attitude d'opposition, qui consiste à prendre le contre pied de ce qui est proposé.

Quand un sujet n'a pas interpréter une découpe importante ou n'a pas vu une réponse habituelle, on peut l'inviter explicitement à le faire de déterminer s'il s'agit soit d'une, négligence ou d'un blocage passager et surmontable, soit une incapacité psychique fondamentale.

**Le deuxième temps :** une fois la passation terminée, l'examineur revient sur chacune des réponses pour faire préciser au sujet ou et comment il l'a vue c'est l'enquête ; elle est indispensable pour coter chaque réponse selon les trois colonnes requises (localisation, déterminant, contenu, quatrième colonne servant seulement à noter les banalités et les tendances).

**Le troisième temps :** le temps de l'épreuve des choix, qui consiste classiquement à demander au sujet d'indiquer quelle sont ses planches préférés, puis ses planches moins aimées (Roman, 2006, p.87).

**La description des planches :** nous reprenons ici pour chaque planche le contenu latent qui la caractérise :

**Planche I :** Situe le sujet face au test, ce qui peut lui faire (revivre l'expérience d'un premier contact avec un objet inconnu). Cette planche sollicite des images évocatrices des relations précoces au premier objet. Par ailleurs, sa référence au corps humain, corroborée par de nombreuses caractéristiques manifestes (allure fermée, axe clairement dessiné), offre une double mobilisation : narcissique (image du corps propre, représentation de soi) et objectale (relation de l'image maternelle).

**Planche II :** Construite autour de la lacune inter maculaire, en configuration bilatérale et trichromatique (rouge, blanc, noir), est appréhendée, dans ses répercussions les plus archaïques, comme un tout éclaté : la lacune médiane est ressentie comme vide interne, faille corporelle fondamentale, les possibilités d'unification et de délimitation entre dedans et dehors ont échoué. Dans le registre des modalités de relations, ce type d'image de soi d'associe à des représentations symbiotiques fusionnelles et / ou destructrices.

**Planche III** : met à l'épreuve la solidité du schéma corporel puisque le matériel manifeste offre une figuration claire de personnages humains. Par ailleurs cette planche met surtout l'accent sur les processus d'identification sexuelle : sa bisexualité manifeste (personnages pourvus de seins et de pénis) rend parfois difficile un choix fermement déterminé. Les conflits peuvent apparaître, le sujet se sentant tiraillé entre des tendances contradictoires sans possibilité de résolution de ce déchirement interne.

**Planche IV** : ne met pas d'emblée l'accent sur la représentation du corps. Elle est plutôt évocatrice d'images de puissance : sa massivité, sa construction, ses qualités sensorielles en font une planche à symbolisme phallique sans préjuger du caractère masculin ou féminin de cette référence.

Cette planche rend compte des positions prises vis-à-vis des images de puissance d'identification à leur force dynamique à travers des représentations de personnages très actifs, ou bien passivité, réceptivité, à travers des productions signifiantes.

**Planche V** : est considérée comme celle de l'identité et de la représentation de soi. Elle renvoie à une problématique d'identité au sens psychique du terme, à la notion de « self » plutôt que simplement au schéma corporel. Cela explique son extrême sensibilité à toutes formes de fragilité narcissique : manifestations dépressives liées à la mésestime de soi, ou exhibitionnisme en quête de gratifications narcissiques (Anzieu & Chabert, 1961, p.111).

**Planche VI** : comme toute planche unitaire où l'axe de symétrie est marqué, est susceptible de renvoyer le sujet à sa capacité à se représenter un corps ou un objet entier est intégré. Toute fois ce qui caractérise plus spécifiquement cette planche est essentiellement le symbolisme sexuel qu'elle comprend.

**Planche VII** : la littérale de la planche VII lui confère à nouveau la possibilité d'amener le sujet à la représentation de relation, les deux formes gris-noir peuvent facilement évoquer des silhouettes humaines en mouvement ou non, il est cependant évident que chaque sujet y sera sensible ou pas en fonction de son niveau de fonctionnement. Être capable de reconnaître la forme humaine de ces engrammes et qui est de les mettre en mouvement demande un certain niveau d'élaboration identitaire cette capacité ne sera donc pas rencontrée chez des sujets au fonctionnement psychique archaïque. Et donc la construction identitaire est plus fragile.

**Planche VIII** : première planche couleur après quatre planches noires ou grises planche bilatérale, permet la réactivation de représentation de relation face à l'environnement sociales.

**Planche IX** : ne présente pas d'engramme facilement identitaire et représentatif, elle est en tout caractérisée par un vide central marqué. Du fait de ces caractéristiques, elle sollicite plus expressément le vécu des relations précoces à l'imgo maternelle archaïque, la représentation de l'image maternelle dans son vécu prégénital est ici au premier plan. Les chocs, voire les refus, sont fréquents, cette planche met en évidence des fonctionnements limites ou psychotiques à travers des thèmes projectifs de toute puissance.

**Planche X** : elle est caractérisé d'une part la dispersion des taches et des couleurs, d'autre part sa position de dernière planche. Son aspect morcelé peut être source de réactions diverses pour le sujet, certains se contenteront d'augmenter sensiblement ou plus franchement selon les cas, leur nombre de réponses « détail » sans perdre pour autant en qualité formelle. Gérer à la fois la forme et les couleurs de façon adéquate renvoie à une bonne gestion des affects (Jacqueline, 2009, p.87).

#### **La cotation :**

La passation est terminée et en l'absence du sujet, le clinicien procède à l'analyse quantitative et qualitative du protocole c'est-à-dire de l'ensemble des réponses données. Pour ce faire, il utilise une feuille de dépouillement qui lui servira de trame. La cotation se base sur quatre critères spécifiques pour chaque réponse : la localisation, le déterminant, le contenu et le caractère banal.

#### **Le psychogramme**

Une fois la cotation terminée, on recense toutes les réponses en regroupant les catégories sur une feuille dont on trouvera un modèle au CPA (Centre de psychologie appliquée) à moins d'utiliser le modèle (Nina, 1997, p.246)

Est une synthèse quantitative des différentes observations précédentes, il regroupe sous forme de pourcentage ou quantités un certain nombre d'indices relatif au type d'appréhension, localisation, dominantes (D%, G%) au déterminants (F%, F+%) et au contenu (H%, A%...) (Traubenberg, 1970, p.70).

**6- Déroulement de la recherche :**

Notre stage s'est déroulé au sein du service d'hémodialyse à l'hôpital Bordj Bou Arreridj , on s'est présentée toutes les deux comme étudiante en fin de cycle en psychologie clinique, on a expliqué l'objectif et la nature de notre recherche à la psychologue.

Ensuite on s'est présenté pour les cas comme suite :

« Bonjour, on est des étudiantes en fin de cycle, on est là pour faire une étude sur les patients dialysés, s'il vous plaît si vous êtes d'accord, on va vous poser quelques questions et ensuite aussi vous montrez quelques planches, et vous allez nous dire ce que vous voyez ».

En se référant aux règles éthiques du code déontologique, après avoir expliqué brièvement notre thème de recherche et nos objectifs et en garantissant l'aspect confidentiel de notre travail, On n'a pu avoir l'accord de ces patients pour la participation.

On a commencé par le test rorschach pour que les sujets puissent projeter leurs propre histoire sur les planches, après on est passé à l'entretien clinique, afin d'avoir les bonnes informations sur ces derniers.

Le déroulement de l'entretien et la passation de test ont été effectués en langue « Arabe » , la langue maternelle .

**Conclusion du chapitre :**

En conclusion de ce chapitre, on peut dire que le chapitre méthodologique est la base principale sur laquelle se construit une étude empirique, chaque travail scientifique est lié à une méthodologie.

La méthodologie permet un bon usage et une bonne application des techniques d'investigations choisies. Elle nous a servi à organiser notre travail et ordonner nos informations et cela à partir le respect de certaines étapes dans l'enchaînement et le déroulement de notre travail.

## *Chapitre V*

*Présentation ,analyse et  
discussion des résultats*

**Préambule :**

Après avoir exposé nos outils de recherche et le groupe concerné, dans cette partie, nous allons présenter les résultats du guide d'entretien clinique semi directif axe par axe, puis on va les analyser, et ensuite on passe à la présentation des résultats de la passation de test Rorschach.

**Présentation et discussion des résultats :****1-1 Présentation du 1<sup>er</sup> cas :**

« Anissa » est une femme âgée de 38 ans, mariée, maman de 2 enfants, elle es la troisième d'une fratrie de cinq enfants, elle est de taille moyenne, brune, elle porte un voile. Ce qui est du niveau d'étude de notre sujet était candidate baccalauréat, elle est en dialyse depuis 3 ans (2018).

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

Pendant l'entretien on a pu dégager que la maladie de notre patiente, remonte à l'année 2018 après avoir eu des doutes sur sa 3<sup>em</sup> grossesse, pour cela elle dit « rouhtnechouffe est-ce que je suis enceinte mais la qalouli lazem diri le bilan ». « Ils ont trouvé que j'ai des petits reins », « je suis partie pour voir si je suis enceinte, mais ils m'ont demandé de faire un bilan au final ils ont trouvé que mes reins sont petites de tailles, depuis ma naissance», « malgré mes premières grosses ils mont jamais annoncé sa ». Au début j'ai seulement suivis des traitements .Plus tard, j'ai commencé à avoir « des malaise, des vertiges, des vomissements », après une consultation médicale, le médecin à diagnostiqué son IRC.

Quand on lui a posé la question si elle souffre d'autres maladies, elle a dit « je n'ai jamais été malade », « j'avais aucune maladie ».

A la suite de notre entretien, il s'est avéré que sa mère à vécu avec un seul rein jusqu'à sa mort, en disant « yemma 3achete b rein wahed»

La patiente à évoquer le décès du sa mère, en 2018, en disant « j'ai perdu ma mère, il Ya 3 ans c'était un véritable choc pour moi, Elle tient beaucoup à sa mère, « j'étais tellement attaché à elle »,« Kountequeribaliha », « ma mère avais le cancer de colon ».

Quand elle nous parle sur sa mère, elle nous a dit je vois que j'ai le même destin qu'elle.

« Anissa » a subit après l'annonce de sa maladie, un grand choc, elle était triste, et on a constaté une modification dans ces habitudes (de sommeil, de l'appétit, du poids), en disant « je ne dors presque plus », « manerqoudche ga3 » à propos mon poids « j'ai perdu 13kilo ».

On l'a interrogé s'il ya un changement dans son mode de vie, ces relations après sa maladie, ses habitudes ainsi ces comportements, elle a dit « welitenetrnirva beaucoup », « je suis devenue nerveuse sur des trucs banale », par rapport à ces relations avec les membres de sa famille, elle a un bon contact avec eux. « Mes sœurs et mon père makhelawniche » « ils m'ont pas laissé », « ma famille me soutienne », par contre sa belle-famille ils n'ont pas accepté sa maladie, elle dit « mon beau père me compare toujours aux autres » « choufi flane, choufi flana ».

Concernant cette question qu'on a posé qui es la suivante : d'après vous quels sont les causes de votre maladie, elle a dit « a cause de mes petits reins », comme possible par rapport « au choc de la mort de ma mère ».

On lui a demandé de nous dire comment elle ressent au moment de la dialyse, elle a dit « nhesse rouhi 3eyana, presque tout le temps », « je n'ai pas le morale », « je me sens fatigué, dégouté », ce n'est pas comme avant.

Et pour ces enfants elle nous a dit que c'est grâce à eux qu'elle supporte toute cette douleur , elle dit « tous ce que je fais c'est pour eux , « nekhmemem tout le temps 3lihoum » , « je pense tout le temps à eux » , « ma fille a 5em cette année », elle a dit « je sacrifie tous , je vis pour eux » .

Pour sa relation avec son mari, on a posé la question est-ce que sa relation avec lui à changer, elle dit « sexuellement oui », en disant « manerqoudche me3ah, nekhafnetihe enceinte », « je ne couche pas avec lui, au début par peur de tomber enceinte, mais maintenant je me suis habitué », « je me sens que y a quelque chose qui manque, je ne suis pas à l'aise 'kerahtte' », mais malgré tous « il est compréhensif avec moi ».

Anissa nous a parler sur ces peurs, c'est une personne qui a peur de tous elle nous a dit « nekhaf bezaf », « j'ai peur de tous, et de rien, par exemple si mes enfants tardent dehors ou bien j'entends un bruit ».

On a demandé si elle préfère rester seule ou accompagné, elle dit « tout le temps wahdi, nkemel cheghel nek3ed wehdi » , « je termine mes taches , je reste seule » .

Elle nous a dit qu'elle est triste « Rani hezina », et elle pleure en disant ça.

Anissa a exprimé ses peines ses douleurs, ainsi que les moments de bonheurs qu'elle a vécues.

Selon la patiente, veut faire la greffe, mais elle n'a pas trouvé de donneur, elle dit «mon mari est inadapté, mon père diabétique ».

A propos de notre question sur l'avenir, elle nous a dit « espérant nebra 3lajal weladi », mais je garde toujours le courage, malgré tous, je n'ai pas beaucoup de chose àsouhaiter.

**Conclusion de l'entretien :**

A travers les données que nous avons pu avoir durant l'entretien, on constate qu'Anissa se sentait mal envers sa maladie, elle s'exprime par les sentiments de peur, de tristesse. La patiente semble affectée par le décès de sa mère .Actuellement affectée par la maladie d'insuffisance rénale chronique. Elle présente un choc subit , suivit d'une culpabilité .

Anissa manifeste un malaise et un gêne par rapport à sa maladie, elle refusait les contacts avec les autres (isolement).

**Présentation des résultats de test rorschach de 1<sup>er</sup> cas :**

**Tableau N°3 :Le protocole de cas d'Anissa ,38 ans**

Texte	Enquête	Cotation
<p><b>PI I7'' choc</b></p> <p>1)-Haja tkhewef, Haja qentetni</p>	<p>-J'ai dit haja tkhewef car elle est toute noir peut être un masque (toute la planche) à cause de la couleur</p>	<p><b>GC'F+Clob /obj</b></p>
<p>2)-Une personne tkhewaf</p> <p><b>40''</b></p>	<p>-Une personne tkhewaf</p> <p>-elle des grand yeux (Lacunes intérieure supérieure)</p> <p>- un grand nez (partie médiane inférieure) La forme</p> <p><b><u>Réponse additionnelle</u></b></p>	<p><b>D/HClob</b></p> <p><b>Ddbl F+Hd</b></p> <p><b>DF- Hd</b></p>
<p><b>PI II 26'' choc</b></p>		<p><b>Refus</b></p>

<p>3)-Non, non je ne sais pas, ma3labaliche <b>55''</b></p>	<p>Refus</p>	
<p><b>PI III 12'' choc</b>  4)-Mes reins 5)-La souffrance li 3aychaha  6)-Une personne tedjbdli fi heyati  <b>55''</b></p>	<p>- J'ai dix mes rien car sont la partie négative dans ma vie (Rouge extérieur en haut) la forme et la couleur  - benadam yedjbedli fi heyati (les deux parties noires latérales)</p>	<p><b>DF-C Hd Anat</b>  <b>DF Kh Ban</b></p>
<p><b>PI IV 22'' choc</b> 7)-Un monstre,  8)-quelque chose de mauvais, oui, oui un monstre ykhewaf  <b>1.58''</b></p>	<p>- C'est un monstre ykhewaf (toute la planche) sa couleur noire et sa forme  - il a des grands pieds ykhewfou (moitié inférieure)</p>	<p><b>GC'F+Clob</b>  <b>DdF+C'Clob</b></p>
<p><b>PI V 15'' choc</b> 9)-Haja mashi mliha Ma3labaliche, tekhewef <b>30''</b></p>	<p>- Ykhewaf kima hadak tir (oiseau) li ki ner9dou yekhna9na (toute la planche) sa couleur e sa forme</p>	<p><b>GC'F-AClob</b></p>

<p><b>PI VI 50'' choc</b> 10)-Terik mahdoude,  11)-Dans cette image nechouf qu'il n'y pas d'espoir, c'est ma maladie <b>40''</b></p>	<p>- Teriki mahdoud (la route) oui j'attends toujours el mout (toute la ligne médiane entière)  -C'est mon corps tout déformé, makountch hakda (Toute la planche) <b>Réponse additionnelle</b></p>	<p><b>DF- /Fragm</b>  <b>GF-Hd clob</b></p>
<p><b>PI VII 15'' choc</b> 12)-je ne sais pas Nechoufhoum mes enfants  13)-Ma maladie oui ma souffrance  <b>2.23''</b></p>	<p>- Mes deux enfants malayka (ange) qui me regarde (1'' et 2 tiers) la forme <b>Réponse additionnelle</b>  - Ma maladie qui ma rendent ma vie noir (3''tiers entier) la couleur</p>	<p><b>DF+K</b>  <b>DC'</b></p>
<p><b>PI VIII 23'' choc</b> 14)-Dans cette image nechouf quelque chose vivant  15)-Nechouf mes enfants yechedou fiya.  16)- Mes reins heyaw <b>2.19''</b></p>	<p>- Les couleurs, ça me donne de l'espoir comme si une fleur en couleur (toute la planche)  -C'est mes enfants chadine feya 3lajalhoum ani haba nebra inchllah (partie rose latérale)  - Ça ressemble à mes reins à cause de la couleur e la forme (Rose du 3 tiers)</p>	<p><b>GCF+ Bot</b>  <b>DF- KH</b>  <b>DCF/Anat</b></p>
<p><b>PI IX 10''</b> 17)-Hade l'image kichefteha comme si 3etatni espoir et une nouvelle vie après une souffrance  -18) Hadi c'est moi,</p>	<p>- J'ai dit fiha l'espoir parce que nechouf wladi wa9fin m3aya (brun et vert latéraux) à cause de la forme <b>Réponse additionnelle</b>  -koutlak c'est moi pares que ana au milieu w weladi dewrinli w hadi mon corpsaprès ma maladie j'ai maigrie bzaf (grand axe</p>	<p><b>DF-H</b>  <b>DF-H</b></p>

<p>-19) Hadou mes deux reins tehyaw <b>1.32''</b></p>	<p>médian) à cause de la forme <b><u>Réponse additionnelle</u></b> - Yechbhou à mes reins (partie rose entière, en bas) à cause de la couleur rouge et leur forme <b><u>Réponse additionnelle</u></b></p>	<p><b>DC'F Anat</b></p>
<p><b>Pl X 12'' choc</b> -20) la souffrance noire li rani fiha  -21) mes reins yebanou swswa kima taw3i ki darte scanner  -22) L'espoir hadak, mes enfants yechdou feya  <b>2.37''</b></p>	<p>- c'est mes pommons, la pression li rani fiha maghmouma (cris médian entier, en haut) <b><u>Réponse additionnelle</u></b>  - les deux reins li houma sbabi (brun médian, en haut)  -la couleur vert me donne l'espoir, et loukan machi weladi mantamalch c'est mes enfants (vert médian entier, en bas) <b><u>Réponse additionnelle</u></b></p>	<p><b>DF+Anat</b>  <b>DF- Anat</b>  <b>DCF+KH</b></p>

**L'épreuve des choix :**

**Choix+ :** PL : VIII « les couleurs, ça me fait penser que y'a encore un espoir dans ma vie »

PL : IX : « les couleurs toujours je vois que après cette souffrance y'a une nouvelle vie heureuse qui m'attend »

**Choix - :** PL I : « comme si quelqu'un veut me tuer »

PL IV : « elle me plaît pas, c'est un monstre me fais peur »

**Le tableau n°4 : le psycho gramme de 1<sup>er</sup> cas de « Anissa »**

R= 22	G = 5	F = 13	A = 1	F% = 59% ↓
TT=14, 39''	G%= 23%	F+ = 6	H = 5	F%=élargi 86% ↑
T/Rep= 38'	D =15	F- = 7	Hd=4	F+% =46 % ↓
Tps /Lat		K =3	(H)=1	F+% élargi=
Moy =22''	D% =68	Kan =0	Anat = 5	63% ↓
TRI		Kob =0	Bot = 1	A%=5% ↓
=3K<9,5C	Dd =1	C=1	Frag = 1	
Extratensif		FC=2	Objet = 1	H%=45% ↑
Mixte	Dd% =5%	CF=7		
FC= 0k /0E		Clob=5		Ban =1
RC = 41%	Ddbl =1	FClob=1		Ban %= 5 ↓
	Ddbl% = 5%			Choix+ : VIII,
				IX
				Choix- : I, IV

**Analyse qualitative de protocole d'Anissa :**

**L'impression générale :** le protocole est dans la norme dont le R=22, et le temps total qui est très bas de la norme (20 m, 30s) il attient 14m, 39s. La présence de refus dans la planche II, la pensée est variée plusieurs contenus tel que humain, anatomique, objet, botanique et paysage.

**Le mode d'appréhension :**

Dans ce protocole on constate qu'Anissa appréhende la réalité extérieure d'une façon peu bas dans sa globalité G=23% par rapport à la norme (20-30%), et les réponses D qui sont

supérieure  $D=68\%$  par rapport à la norme (60-70%) cela montre qu'elle tient aux détails, on remarque aussi une présence très basse de  $Dd=5\%$  et  $Ddbl=5\%$ .

Elle a traité en G simple les planches I, IV et VIII adaptées à la réalité puis qu'elles sont associées à des formes positives, par contre les deux planches V et VI il y a un dérapage par rapport à la réalité puis qu'elles sont associées à des formes négatives.

Les D sont associés à de bonne forme dans les planches VII et X et dans les planches XI, VI et I le D associés à la forme négative.

**Les déterminants :**

On remarque dans le protocole que  $F\%=59$  inférieure par rapport à la norme (60-65%) qui signifie que Anissa ne persuade pas la réalité dans le côté formel, donc on est obligé à chercher à savoir la valeur de la perception  $f+\%=46$  qui est très basse par rapport à la norme (70-80%) ce qui atteste le dérapage par rapport à la réalité externe. C'est pour cela on a passé la norme  $F\%$  élargi pour qu'elle puisse se rattraper  $F\%$  élargi =  $86\%$  est très élevée par rapport à la norme (80%), en suite le  $F+\%$  élargi =  $63$  est très basse par rapport à la norme (85-95%).

Par rapport aux contenus, on trouve que la patiente a utilisé un contenu varié,  $H\%=45\%$  très élevée par rapport à la norme (15 à 20%) et presque une absence du contenu  $A=5\%$  par rapport à la norme (35-60%), ainsi les contenus : botanique, fragment, objet, anatomique et paysage.

**Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle :**

$TRC=3K<9.5C$  montre que Anissa est extratensif mixte, cela montre  $C=1$ ,  $CF=7$ ,  $FC=2$ , et les réponses kinesthésiques sont nulles  $K=3$ , elle a donné des réponses couleurs.

**L'indice de l'angoisse d'Anissa :**

Augmentation de temps de latence (signe de choc).

Richesse des contenus et présence de  $H=5$ ,  $Hd=4$ ,  $(H)=1$ .

Présence de réponse Clob.

Diminution des Ban  $B=1$ .

**L'analyse de protocole d'Anissa :**

Les résultats de ce test de protocole d'Anissa révèlent une productivité moyenne  $R=22$ , ce qui nous donne une idée sur la curiosité de Anissa à s'impliqué personnellement. Nous avons noté un refus dans la planche II, qui sollicite des représentations (agressif /libidinal) parce que deux partie caractéristique bilatérale mise en relation de deux chose soit de type agressif « par exemple qui se battent » ou libidinale « bisous », ou on a remarqué durant l'entretien la patiente elle nous a parlé sur sa relation avec son mari. Donc c'est pour cela elle a refusé la planche II parce que elle lui touche la partie libidinale, d'après ces dire « je me couche pas avec mon mari, au début par peur de tomber enceinte, mais maintenant je me suis habitué » «je me sens que y a quelque chose qui manque, je ne suis pas à l'aise ».

Elle a donné des réponses de forme négative qui dépasse les réponses de forme positive, explique qu'elle a une fausse perception à la réalité. Ce qui caractérise les réponses en générale c'est les réponses de type humain  $H=5$ ,  $Hd=4$  et  $(H)=1$ , c'est réponse son liée au « mes reins » dans les planches III, VIII, IX et X, soit à « mon corps, ma maladie » dans les planches VI, VII, IX et X, et « mes enfants » dans les deux autre planche VII et VIII, ce qui indique sa rumination de guérir et sa problématique et son manque et ses inquiétude (de mourir et de ne pas faire la greffe et laisser ces enfants)qui envahie dans ces réponses. Et la présence de réponse anatomique « Anat=5 » explique sa préoccupation corporelle c'est que elle sent un grand manque en elle et une blessure narcissique.

La diminution de l'utilisation de kinesthésie  $K=3$ ,  $kan=0$  ce qui indique un problème de contrôle et de régulation des pulsions.

Pour les réponses couleurs  $C=1$ ,  $FC'=2$  et  $FClob=5$  ce qui signifie que Anissa manifeste une dépression, dans la planche I « haja tekhwef, toute noir, un masque »et la planche IV «un monstre ykhewef »et la planche VII « ma maladie qui ma rendent ma vie noir ». Anissa est extratensive mixte  $TRC= 3K<9.5C$ . On observe que RC chez Anissa dépasse la norme  $RC=41\%$ ce qui explique qu'elle est très angoissée.

Malgré Anissa a donné un nombre de réponse qui sont dans la moyenne  $R=22$ , mais vu que le pourcentage de F% est inférieure à la norme. Et les K sont peu nombreuse et l'absence totale des kan, une présence de FC' et FClob et RC qui dépasse la norme. Donc on constate qu'elle n'a pas fait le deuil et elle est actuellement dans la phase de la dépression.

**Synthèse sur la productivité du rorschach du cas « Anissa »**

Nous constatons que la patiente trouve des difficultés à affronter les objets pour s'adapter à des nouvelles situations ! Y voire st a maladie, elle a échoué a apercevoir et à inventer une image complète de bonne forme à la PLI : « haja tkhewef » cela peut signifier la peur et l'évitement des expériences phobogène subis dans sa vie telle que sa maladie. L'évitement et la déformation de la réalité suggère un défaut de mentalisation et renvoie à au déni et le refus de la réalité, cette hypothèse est confirmée juste après à la PLII « Refus », face à une planche qui suscite la présence des manifestations sexuelles et sexuées de type agressif et conflictuel, cela n'a pas été accepté par la patiente qui renvoie implicitement à un certain déni du corps ainsi que la couleur rouge (agressivité, sang,...etc). Nous devrions signaler que le temps de latence a pris une allure de type traumatisant et de sidération face aux problématiques de chaque planche à part la PLX.

L'échec d'apercevoir un personnage complet d'une bonne forme peut compliquer le travail de deuil chez la patiente à la PIII elle a évoqué un détail anatomique qui renvoie à ces préoccupation du corps morcelé, non complet. Cela peut nous renseigner sur le défaut de refoulement et elle se livre directement au choc et à la sidération face à son corps et sa maladie, après avoir réussi soit disant à se recourir à une défense contre-phobiques de type humaine «une personne...») mais qui reste toujours menaçante «tejbedli fi rouhi »et angoissante qui a provoqué un sentiment de d'espoir et d'un deuil non élaboré qu'elle le subi positivement sans aucun effort de résistance et de lutte.

Cela est similaire à la PIV : « monstre, quelque chose de mauvais » à la PLV : « haja machi mliha, tkhewaf », nous remarquons la même redondance de la peur et de sidération face à son corps voir sa maladie.

Le désespoir et la peur domine « trik mahdoud, ma maladie »la pensée de Anissa à chaque fois qu'elle essaye de résister ou lutter contre les excitations suscité par le danger de la maladie de son corps cela à laisser la patiente de se réfugier à s'investir le maternel pour inventer l'image de ces enfants auxquels elles tiennent beaucoup. Peut-être cela peut minimiser ces craintes de ses angoisses de mort et cela la pousse à vivre encore ! (PLVII, PVIII), « mes enfants, vivant, mes rein hyaw », PLIX « cette image me donne de l'espoir, une nouvelle vie après une souffrance ». Cela pousse à se poser la question sur l'importance de l'investissement maternelle chez « Anissa » qui lui a renforcé sa lutte contre l'angoisse de la mort et sur l'espoir de vivre si ce n'est pas pour elle ce serait pour ces enfants. Cette force de

## ***Chapitre V                      présentations, analyse et discussion des résultats***

---

vivre ne peut pas être très efficace face à son deuil non élaboré et face aux excitations provoqué par son corps malade, cette menace rend son deuil pathologique et non élaboré qui peut compliquer son état de santé et notamment sa force psychique à vaincre le traumatisme et la menace de sa vie.

## II-Discussion de l'hypothèse :

Selon les résultats obtenus et après avoir présenté notre population d'étude qui est composé de (04) cas, mais à cause de cette épidémie « Corona » et les contraintes de temps, nous n'avons pas pu terminer l'analyse de tous les cas. C'est pour cela on a fait qu'un seul cas qui peut représenter tous les cas. Cette dernière partie va nous permettre de résulter à une discussion des hypothèses aux variables de notre étude porter sur : «la dépression et le deuil chez les adultes hémodialysées».

A partir des données recueillies dans l'entretien « semi-directif », et l'analyse de test projectif Rorschach réalisé avec notre cas au niveau de l'hôpital «Bouzidi lakhdar » de la wilaya de Bordj Bou Arreridj. On va passer à la discussion de l'hypothèse « Les patients hémodialysées peuvent arriver à faire leur deuil, qui se caractérise par l'acceptation de la maladie qui se traduit par la tristesse et l'affrontement de la réalité sous résistance ou déni de la maladie » afin de la confirmer ou l'infirmer.

D'après les résultats obtenus des réponses de l'entretien semi-directif de notre population d'étude qui compose de quatre(04) cas et les résultats de protocole de rorschach de cas « Anissa » ainsi ces réponses de l'entretien semi directif. On peut dire que notre hypothèse «Les patients hémodialysées peuvent arriver à faire leur deuil, qui se caractérise par l'acceptation de la maladie qui se traduit par la tristesse et l'affrontement de la réalité sous résistance ou déni de la maladie» quelle est confirmée.

Ainsi qu'on remarque clairement le lien entre l'insuffisance rénale et la dépression et le deuil.

Le même résultat que le nôtre a été confirmé par H.Jabali et ses collaborateurs (2017), dans son étude sur « l'anxiété et la dépression chez les patients hémodialysées ». Est une étude transversale portant sur 135 malades en hémodialyse du grand Tunis, ils ont inclus que les dialysés âgés de plus de 18 ans et ayant une durée minimale en hémodialyse. A partir des résultats obtenus, cette étude est confirmée de forte prévalence d'anxiété et de dépression chez le malade hémodialysé. L'apparition de ces troubles l'absence d'acceptation et d'adaptation à la maladie (Jabali, 2017, CHU la Rabta, Tunis, Tunisie).

Notre étude a été confirmée aussi par l'étude transversale descriptive allant du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 décembre 2014 à l'unité d'hémodialyse du service de néphrologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo), sur 88 patients il y avait 54 hommes et 34 femmes et le

moyen âge a été de 33- 80 ans. Cette étude montre la dépression touchait 68,2% des patients ; 47,7 des patients déprimés avaient une dépression sévère. Cette étude montre que la dépression est fréquente chez les patients hémodialysé chronique (Mawufemo &Yawovi et all).

Donc à partir de cette discussion, on peut dire que notre hypothèse est confirmée et cela dû aux résultats obtenus de protocole du test rorschach « d'Anissa» et ces réponses de l'entretien semi directif et par rapport à nos revues littératures sur la dépression et le deuil et les études antérieure qui montre l'inacceptation de la maladie, qui peut se traduit par la tristesse et l'affrontement de la réalité sous la résistance ou déni de la maladie. Expliqué par la manifestation de plusieurs symptômes dépressifs dont la perte d'appétit et le sentiment de peur et la tristesse, ou elle nous a dit qu'elle sent presque tous les jours tristes et qu'elle s'isole et de rester seul dans sa chambre et enfermer elle n'a pas envie de parler à personne, ainsi le manque d'intérêt pour la sexualité elle manifeste une baisse de sa libido et incapable d'assumée ses devoirs envers son mari. C'est parmi les facteurs importants contribuant à l'apparition de l'dépression et qui montre que la patiente n'a pas arrivé à faire son deuil. Ainsi on remarque cette confirmation a partir les résultat de l'analyse de protocole de rorschach :

-RC qui dépasse la norme

-la présence FC' et FClob

-Diminution de l'utilisation des kinesthésies

-présence de réponse « Anat »qui signifie une préoccupation corporelle c'est qu'elle sent un grand manque en elle et une blessure narcissique.

Après notre étude approfondie sur le cas qu'on à analyser son protocole de test rorschach et l'entretien semi directif et les études antérieurs, on peut dire que le cas « Anissa » n'a pas fait son deuil ni accepter sa maladie qui se caractérise par tristesse et l'affrontement qui causé a une dépression.

# *Conclusion*

### Conclusion :

L'insuffisance rénale chronique est une maladie lourdement handicapante, elle reste silencieuse pendant longtemps et les symptômes n'apparaissent qu'au stade terminale ou le rein cesse de fonctionner adéquatement, qui nécessite avoir le recours à la dialyse « hémodialyse » ou la dialyse péritonéale ou à une transplantation rénale pour rester en vie.

Nombreuse sont les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique sont traitées par l'hémodialyse « dialyse », c'est le traitement le plus utilisé dans le monde, ce mode de traitement empêche leur organisme de s'empoisonner, il doit être répété tous les deux jours et dure quatre à cinq heures.

Dans notre recherche intitulée « la dépression et le deuil chez les adultes hémodialysés » on a essayé de connaître leur vécu psychologique et l'influence et l'impact de l'insuffisance rénale sur l'état psychique plus précisément la dépression et le deuil du patient atteint de cette maladie et avoir une meilleure connaissance sur cette maladie.

Dans notre recherche, on a utilisé l'entretien semi directif, et nous avons appliqué le test projectif le rorschach, afin de savoir si les personnes hémodialysées sont dépressives parce que ils n'arrivent pas à faire leur deuil, enfin notre but de l'utilisation de ses outils d'investigation et la confirmation de nos hypothèses.

Pour notre population d'étude on n'a affaire à des patients leur âge moyen était de 20 ans jusqu'à 50 ans. L'acceptation de la maladie joue un rôle très important pour les personnes qui souffrent d'une maladie chronique, le malade a besoin d'un soutien familial pour l'encourager, pour qu'il suive son traitement.

Dans cette recherche qui s'est réalisée à base de théorie et de pratique, nous avons atteint notre objectif, et de vérifier l'hypothèse soulevée au début de la recherche et ce qui est clairement confirmé par les résultats obtenus dans cette dernière.

Enfin, il est important de préciser que cette recherche reste une bonne et unique expérience en termes d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plan humain et en particulier sur le plan scientifique.

L'insuffisance rénale chronique est une maladie lourdement handicapante, elle reste silencieuse pendant longtemps et les symptômes n'apparaissent qu'au stade terminale ou le

rien cesse de fonctionner adéquatement, qui nécessite avoir le recours à la dialyse « hémodialyse » ou la dialyse péritonéale ou à une transplantation rénale pour rester en vie.

Nombreuse sont les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique sont traitées par l'hémodialyse « dialyse », c'est le traitement le plus utilisé dans le monde, ce mode de traitement empêche leur organisme de s'empoisonner, il doit être répété tous les deux jours et dure quatre à cinq heures.

Dans notre recherche intitulée « la dépression et le deuil chez les adultes hémodialysés » on a essayé de connaître leur vécu psychologique et l'influence et l'impact de l'insuffisance rénale sur l'état psychique plus précisément la dépression et le deuil du patient atteint de cette maladie et avoir une meilleure connaissance sur cette maladie.

Dans notre recherche, on a utilisé l'entretien semi directif, et nous avons appliqué le test projectif le rorschach, afin de savoir si les personnes hémodialysées sont dépressives parce que ils n'arrivent pas à faire leur deuil, enfin notre but de l'utilisation de ces outils d'investigation et la confirmation de nos hypothèses.

Pour notre population d'étude on n'a affaire à des patients leur âge moyen était de 20 ans jusqu'à 50 ans. L'acceptation de la maladie joue un rôle très important pour les personnes qui souffrent d'une maladie chronique, le malade a besoin d'un soutien familial pour l'encourager, pour qu'il suive son traitement.

Dans cette recherche qui s'est réalisée à base de théorie et de pratique, nous avons atteint notre objectif, et de vérifier l'hypothèse soulevée au début de la recherche et ce qui est clairement confirmé par les résultats obtenus dans cette dernière.

Enfin, il est important de préciser que cette recherche reste une bonne et unique expérience en termes d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plan humain et en particulier sur le plan scientifique.

# *Liste bibliographique*

### La liste bibliographique :

1. Anzieu, D, C. (1987) .Les méthodes projectives .Paris, France : PUF
2. Anzieu & al « Les enveloppes psychiques » édition, Dunod, Paris ,2003
3. Alain de Broca 2006 deuil et endeuillés ,3<sup>em</sup>, Masson, Paris
4. Alain bercovitz, 2004, « accompagner des personnes en deuil », édition Erès.
5. Beizmann, C. (1961) .livre de cotation des formes de Rorschach, Paris, France : centre de psychologie appliquée
6. Barthachristina et al « la dépression : guide à l'intention des personnes déprimées et de leur famille » édition Canada, 1999
7. Boubchir M A. (2002), Monographie sur l'insuffisance rénale chronique .Alger : office des publications universitaire
8. Bernd ham, Patrick asback, Dirk beys doff, Patrick hein, Utalemke, 2010, « Appareil urogénital », édition : Agnès Aubert,.
9. Brusset, B. (2012). L'antidépresseur dans la cure et l'éthique du psychanalyste. Dans : Guy Cabrol éd., *La dépression: Éclipse d'Éros ou triomphe de Thanatos ?* (pp. 207-222).
10. Chahraoui, kh, Bénony .H (1999) L'entretien clinique Paris, France : Dunod
11. Cupa, D (2002). psychologie en néphrologie Paris, France : K
12. Chahraoui .kh, Bénony .H, (2003), « méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique» .Paris, Dound
13. Chahraoui, kh et Bénony .H (2005) L'entretien clinique Paris, France : Dound.
14. Carole Loos-Ayav, Qualité de vie et maladies rénales chroniques, John Libbey Eurotext, Paris ,2007.
15. Cabrol, G., Durieux, M. & Parat, H. (2012). La dépression : Éclipse d'Éros ou triomphe de Thanatos ? Dans : Guy Cabrol éd., *La dépression : Éclipse d'Éros ou triomphe de Thanatos ?* (pp. 7-13)
16. Cyril traquinio, 2014, Sébastien montel, « les psycho-traumatisme », Dunod
17. Dépelteau .F, 2002 « La démarche d'une recherche en sciences humaines » .Bruxelles, édition de Boeck.
18. Danielle quinodoz, « vieillir une découverte », 2008, Edition presses universitaire de France.
19. France.
- Ehrenberg, A. (2001). De la névrose à la dépression: Remarques sur quelques changements de l'individualité contemporaine. *Figures de la psychanalyse*, 1(1), 25-41.
20. Encyclopédie médico –chirurgical .Paris
21. Gédance, D. (2007). Le travail psychanalytique dans les dépressions. *Psychothérapies*, 4(4), 221-230.
22. Guide du parcours de soins, (2012), Maladie Rénal chronique de l'adulte, Haute autorité de santé, Paris.

Godfryd, M. (2014). Les dépressions névrotiques et réactionnelles. Dans : Michel Godfryd éd., *Les maladies mentales de l'adulte* (pp. 64-69).

23. Harouna, H. (2007). Qualité de la vue chez les patients dialysés dans le service de néphrologie et d'hémodialyse de l'hôpital nationale du point G-CHU. Université de Bamako.
24. Hélène R, 2015, « accompagner le deuil en situation traumatique », éditeur
25. Dunod.
26. J. Lioter, C. Mariat, 2012, « épuration extrarénale aiguë et chronique », Paris, Edition
27. Maloine
28. Keller, P. (2020). Chapitre IV. Le modèle psychanalytique. Dans : Pascal-Henri Keller éd., *La dépression* (pp. 83-100).
29. Khadija Chahraoui, 2014, « 15 cas clinique en psychopathologie du traumatisme »,
30. Dunod.
31. Lefebvre, G, (2005) Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux dialysés et transplantés.
32. Lechevalier, B. (2012). La dépression primaire : du trou noir de la psyché au souffle de l'existence. Dans : Guy Cabrol éd., *La dépression : Éclipse d'Éros ou triomphe de Thanatos ?* (pp. 107-127).
33. Néphrologie (2010), pierre H, Antonin L, céline E, Internes des hôpitaux de Paris.
34. Néphrologie 5<sup>ème</sup> édition, (2012),collège universitaire des enseignants de néphrologie (ellipses).
35. Néphrologie, mars 2013 , maladies rénale, lore, lebon, avec la participation de P.schwartz,
36. Néphrologie 7<sup>ème</sup> édition, (2016),collège universitaire des enseignants de néphrologie (ellipses)
37. Organisation mondiale de la santé, 1994
38. OLMER .M, (2007) .Vivre avec une maladie des reins, Lyon, L.I
39. Pierre l'evy-sousson, « La psychiatrie » édition, Estem, Med-line ,1994.
40. Pierre. M« La psychosomatique de l'adulte » 1<sup>er</sup> édition,Paris, 1999
41. Pardinielli .j, (2005) « L'observation clinique et l'étude de cas » .Armand Colin.
42. Pigeaud, J. (2012). Pour une histoire de la mélancolie. Dans : Guy Cabrol éd., *La dépression : Éclipse d'Éros ou triomphe de Thanatos ?* (pp. 37-53).
43. Pr Jean-Pierre wainsten, 2012 « le Larousse médical », Paris.
44. Pierre. S, 2014, « l'insuffisance rénal prévention et traitement », Elsevier Masson.
45. Richard.C-B et Bungener.C, Psychopathologie de l'adulte, Ed Armand Colin, 2002.
46. Richelle,J.(2009) .Manuel du test de Rorschach Bruxelles ,Belgique :book.
47. S. Kierkegaard (1849),Traité du désespoir
48. Sans &Basangon. (1986) .Troubles psychique au cours des néphropathies.
49. S. Freud (1917 e [1915]),Deuil et Mélancolie, Paris, Gallimard, coll. « Folio/Essais»,p. 146-147

50. Serge Q, Luc V & ces collaborateurs, 2004 « La néphrologie et l'urologie », 2<sup>em</sup> édition, Maloine.
51. SillamyN, dictionnaire de psychologie, édition, la rousse, paris
52. Thomas G, « Comprendre l'hémodialyse », sur le pouvoir osmotique 1854.
53. (<http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/définition/qualité-de-vie>).
54. Traubenberg. N. R, (1970).la pratique du rorschach. Paris, France.
55. Jacqueline. R, (2009). Manuel du test de Rorschach ». Bruxelles, Boeck.

# *Annexes*

### La liste bibliographique :

1. Anzieu, D, C. (1987) .Les méthodes projectives .Paris, France : PUF
2. Anzieu & al « Les enveloppes psychiques » édition, Dunod, Paris ,2003
3. Alain de Broca 2006 deuil et endeuillés ,3<sup>em</sup>, Masson, Paris
4. Alain bercovitz, 2004, « accompagner des personnes en deuil », édition Erès.
5. Beizmann, C. (1961) .livre de cotation des formes de Rorschach, Paris, France : centre de psychologie appliquée
6. Barthachristina et al « la dépression : guide à l'intention des personnes déprimées et de leur famille » édition Canada, 1999
7. Boubchir M A. (2002), Monographie sur l'insuffisance rénale chronique .Alger : office des publications universitaire
8. Bernd hamm, Patrick asback, Dirk beyrs doff, Patrick hein, Utalemke, 2010, « Appareil urogénital », édition : Agnès Aubert,.
9. Brusset, B. (2012). L'antidépresseur dans la cure et l'éthique du psychanalyste. Dans : Guy Cabrol éd., La dépression : Éclipse d'Éros ou triomphe de Thanatos ? (pp. 207-222).
10. Chahraoui, kh, Bénony .H (1999) L'entretien clinique Paris, France : Dunod
11. Cupa, D (2002). psychologie en néphrologie Paris, France : K
12. Chahraoui .kh, Bénony .H, (2003), « méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique» .Paris, Dound
13. Chahraoui, kh et Bénony .H (2005) L'entretien clinique Paris, France : Dound.
14. Carole Loos-Ayav, Qualité de vie et maladies rénales chroniques, John Libbey Eurotext, Paris ,2007.
15. Cabrol, G., Durieux, M. & Parat, H. (2012). La dépression : Éclipse d'Éros ou triomphe de Thanatos ? Dans : Guy Cabrol éd., La dépression : Éclipse d'Éros ou triomphe de Thanatos ? (pp. 7-13)
16. Cyril traquinio, 2014, Sébastien montel, « les psycho-traumatisme », Dunod
17. Dépelteau .F, 2002 « La démarche d'une recherche en sciences humaines » .Bruxelles, édition de Boeck.
18. Danielle quinodoz, « vieillir une découverte », 2008, Edition presses universitaire de France.
19. Ehrenberg, A. (2001). De la névrose à la dépression : Remarques sur quelques changements de l'individualité contemporaine. Figures de la psychanalyse, 1(1), 25-41.
20. Encyclopédie médico –chirurgical .Paris
21. Gédance, D. (2007). Le travail psychanalytique dans les dépressions. Psychothérapies, 4(4), 221-230.
22. Guide du parcours de soins, (2012), Maladie Rénal chronique de l'adulte, Haute autorité de santé, Paris.
23. Godfryd, M. (2014). Les dépressions névrotiques et réactionnelles. Dans : Michel Godfryd éd., Les maladies mentales de l'adulte (pp. 64-69).

24. Harouna, H. (2007). Qualité de la vue chez les patients dialysés dans le service de néphrologie et d'hémodialyse de l'hôpital nationale du point G-CHU. Université de Bamaco.
25. Hélène R, 2015, « accompagner le deuil en situation traumatique », éditeur Dunod.
26. J. Lioter, C. Mariat, 2012, « épuration extrarénale aigue et chronique », Paris, Edition Maloine
27. Keller, P. (2020). Chapitre IV. Le modèle psychanalytique. Dans : Pascal-Henri Keller éd., La dépression (pp. 83-100).
28. Khadija Chahraoui, 2014, « 15 cas clinique en psychopathologie du traumatisme »,
29. Dunod.
30. Lefebvre, G, (2005) Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux dialysés et transplantés.
31. Lechevalier, B. (2012). La dépression primaire : du trou noir de la psyché au souffle de l'existence. Dans : Guy Cabrol éd., La dépression : Éclipse d'Éros ou triomphe de Thanatos ? (pp. 107-127).
32. Néphrologie (2010), pierre H, Antonin L, céline E, Internes des hôpitaux de Paris.
33. Néphrologie 5<sup>ème</sup> édition, (2012), collège universitaire des enseignants de néphrologie (ellipses).
34. Néphrologie, mars 2013 , maladies rénale, lore, lebon, avec la participation de P.schwartz,
35. Néphrologie 7<sup>ème</sup> édition, (2016),collège universitaire des enseignants de néphrologie (ellipses)
36. Organisation mondiale de la santé, 1994
37. OLMER .M, (2007) .Vivre avec une maladie des reins, Lyon, L.I
38. Pierre l'evy-sousson, « La psychiatrie » édition, Estem, Med-line ,1994.
39. Pierre. M« La psychosomatique de l'adulte » 1<sup>er</sup> édition,Paris, 1999
40. Pardinielli .j, (2005) « L'observation clinique et l'étude de cas » .Armand Colin.
41. Pigeaud, J. (2012). Pour une histoire de la mélancolie. Dans : Guy Cabrol éd., La dépression : Éclipse d'Éros ou triomphe de Thanatos ? (pp. 37-53).
42. Pr Jean-Pierre wainsten, 2012 « le Larousse médical », Paris.
43. Pierre. S, 2014, « l'insuffisance rénal prévention et traitement », Elsevier Masson.
44. Richard.C-B et Bungener.C, 2002 Psychopathologie de l'adulte, Ed Armand Colin,.
45. Richelle,J.(2009) .Manuel du test de Rorschach Bruxelles ,Belgique :book.
46. S. Kierkegaard (1849), Traité du désespoir
47. Sans &Basangon. (1986) .Troubles psychique au cours des néphropathies.
48. S. Freud (1917 -1915), Deuil et Mélancolie, Paris, Gallimard, coll. « Folio/Essais»,p. 146-147
49. Serge Q, Luc V & ces collaborateurs, 2004 « La néphrologie et l'urologie », 2<sup>em</sup> édition, Maloine.
50. SillamyN, 1854 « dictionnaire de psychologie », éd la rousse, paris
51. Thomas G, « Comprendre l'hémodialyse », sur le pouvoir osmotique.
52. (<http://www.psychomedia.qc.c/lexique/définition/qualité-de-vie>).

53. Traubenberg. N. R, (1970).la pratique du rorschach. Paris, France.
54. Jacqueline. R, (2009). Manuel du test de Rorschach ». Bruxelles, Boeck.

## **Annexe N° :1 Guide de l'entretien semi – directif :**

### **Axe 1 : Les informations personnelles :**

Quel est votre nom ?

Quel est votre âge ?

Quel est votre situation familiale ?

Quel est votre niveau d'instruction ?

Combien de frère avez-vous ? Votre classement dans la fratrie ?

Avez – vous des enfants ? Si oui combien ?

Travaillez –vous ? Si oui, quelle profession ?

### **Axe 2 :Les informations sur la maladie :**

Avez-vous souffert d'une maladie durant votre enfance ?

Avez –vous été hospitalisé avant l'hémodialyse ?

Avez- vous subi une intervention chirurgicale avant cette maladie ?

A partir de quand vous avez commencé à consulter un néphrologue ?

Pouvez-vous nous parler de votre état avant et après la séance d'hémodialyse ?

Comment vous gérez cette maladie ?

Que représente le mot hémodialyse pour vous ?

Vous avez commencé quand votre première séance d'hémodialyse ?

Vous pouvez nous parler de commencement de cette maladie ? Quelle est son impact sur votre vie ?

Quelle maladie avez – vous contracté juste après cette maladie ?

Avez-vous des problèmes sexuels ? (baisse de libido, impuissance ou asthénie sexuelle) du à l'hémodialyse

Etiez – vous déjà hospitalisé à cause de cette maladie ? Si oui, combien de fois ?

Avez-vous un changement du poids ?

Est –que d'autre membre de votre famille subis la même maladie que vous ?

Pour vous quelle est la cause principale de votre maladie ?

Avez-vous remarqué des changements dans votre relation avec votre entourage ?

Qu'elle est la personne qui était toujours à côté de vous pendant cette maladie ?

### **Axe 3 : Les informations sur la dépression et le deuil**

Avez-vous des problèmes de concentration ?

A ce que vous sentez la plus part de votre temps que vous êtes fatigué ?

Avez-vous un sentiment de peur ?

Par fois vous pensez que vous avez besoin de s'isoler et de rester seul ?

Avez-vous un sentiment d'échec dans votre vie ?

Avez-vous des sentiments de tristesse ?

Vous êtes nerveux ? Si oui, à ce que sur des choses inutiles ?

Quels sont vos sentiments depuis que vous avez su que vous allez faire la dialyse ?

Vous avez des problèmes d'appétit ?

Votre maladie affecte-t-elle votre vie conjugale ? si oui, ressentez-vous une culpabilité ?

Pensez-vous à faire une greffe ?

Pouvez-vous nous parler de votre beau et mauvais souvenir ?

Vous avez des difficultés à vous endormiez ? Votre sommeil est-il profond ?

Faites vous des rêves ? Les quels se reproduisent le plus ?

Trouvez- vous des difficultés de réaliser vos tâches quotidiennes ?

En ce moment comment envisager vous votre avenir ?

## المعلومات الشخصية

- واش هو اسمك؟
- شحال في عمرك؟
- واش هي حالتك العائلية؟
- واش هو مستواك الدراسي؟
- شحال عندك من خاوتك؟ وشحال مكلاسي بيناتهم؟
- عندك ولاد؟ إذا إيه شحال؟

## المعلومات المتعلقة بالمرض

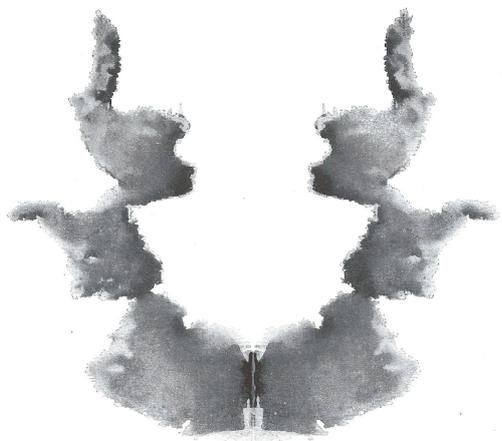
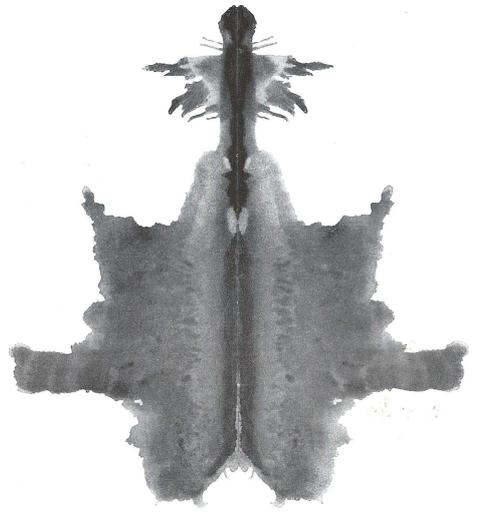
- خدام، إذا إيه فواش تخدم؟
- إذا عندك مرض كي كنت صغير؟
- إذا دخلت وقعدت فالسبيطار قبل هذا المرض؟
- إذا درت عملية جراحية قبل المرض هذا؟
- وقتاش بديت تروح عند طبيب لكلاوي؟
- كفاش عشت (حسيت) هذاك الوقت كي قالك الطبيب بلي راك مريض؟
- إذا تقدر تحكيلنا على حالتك قبل وبعد دخولك إلى جلسة العلاج؟
- كيفاه تتعامل (تدير) مع هذا المرض؟
- واش تعنيك كلمة (غسيل الكلى)؟
- وقتاش بديت الجلسة تاعك الأولى تاع العلاج؟
- كيفاش عشت هذاك الموقف؟
- إذا تقدر تحكيلنا كيفاش بدالك المرض؟ وواش هو تأثيرو على حياتك؟
- واش هي الأمراض لي مرضت بيها بعد المرض هذا (مرض الكلاوي)؟
- إذا عندك مشاكل جنسية (انخفاض النوعية الجنسية، ضعف جنسي، أو وهن جنسي)؟
- إذا دخلت لسبيطار بسبة هذا المرض؟ وإذا إيه شحال من خطرة؟
- إذا راك تتبع ريجيم؟
- إذا عندك تغيير فالوزن نتاعك؟
- إذا عندكم واحد من لافامي(العائلة) عندوا مرض كما تاعك؟
- كيفاه أثر هذا المرض على حياتك؟
- بالنسبة لك واش هي السبة الرئيسية لمرضك؟
- إذا شفت ورومركيتبلي علاقتك تبدلت مع المجتمع لي راك عايش فيه؟

## المعلومات المتعلقة بالاكنتاب والحداد

- إذا عندك مشاكل في التركيز؟
- إذا تحس بالعياء في كل وقت؟

- عندك الشعور بالخوف ولا معندكش؟
- ساعات تخم تقعد وحدكوتبعد عل كلش؟
- راك تحس في روحك حزين؟
- إذا انت عصبي (مقلق)؟ إذا ايه هل هما صوالح تافهين لي يقلقوك؟
- واش هو شعورك كي عرفت بلي راح تبدأ غسيل الكلى؟
- إذا عندك مشكل فالماكلة(الشهية)؟
- المرض نتاعك أثر على زواجك؟ إذا ايه حسيت روحك سبة(المنذب) في هذا التأثير؟
- خمنت تدبر عملية زرع الكلى؟
- إذا تقدر تحكيلنا على ذكرى مليحة وواحدة أخرى ماشي مليحة من حياتك؟
- إذا عندك مشكل فالرقاد؟ رقادك خفيف ولا ثقيل؟
- إذا تقدر تحكي لنا على مناماتك؟ إذا عندك منام واحد يتعاود لك بزاف؟
- إذا جيك واعرة باش تدبر شغالاتك تاع كل يوم؟
- في هذا الوقت كفاش تشوف المستقبل تاعك؟
- واش هي مشاريعك الجاية في المستقبل؟







# *La dépression et le deuil chez les adultes hémodialysés*

## Résumé :

Les maladies chroniques ont acquis une place prédominante au rang des problèmes de santé, les plus préoccupants, parmi ces dernières on trouve l'insuffisance rénale chronique qui touche les reins, et les empêchent à fonctionner correctement. Les patients atteints d'IRC doivent absolument recourir à des traitements tels que l'hémodialyse pour survivre, c'est-à-dire cette maladie nécessite des séances de dialyse.

Bien que cette maladie est douloureuse physiquement, mais elle engendre aussi des complications sur le plan psychologique.

L'objectif de ce travail est d'étudier la dépression et le deuil chez les adultes hémodialysés , pour la persuasion de vérifier la fiabilité de notre hypothèse, deux outils de recueils d'information sont mises en évidence : l'entretien clinique semi-directif et le test de Rorschach .

## ملخص

احتلت الأمراض المزمنة مكانة بارزة بين المشاكل الصحية الأكثر إثارة للقلق، من بين هؤلاء نجد الفشل الكلوي المزمن الذي يصيب الكلى ومنعهم من العمل بشكل صحيح. يجب على المرضى الذين يعانون منه أن يخضعوا للعلاج بالتأكيد مثل غسيل الكلى من أجل البقاء على قيد الحياة ، أي أن هذا المرض يتطلب جلسات غسيل الكلى

على الرغم من أن هذا المرض مؤلم جسديًا ، إلا أنه يسبب أيضًا مضاعفات نفسية الهدف من هذا العمل هو دراسة الاكتئاب عند المصابين بهذا المرض للتحقق من مصداقية فرضيتنا قمنا باستخدام أداتين لجمع المعلومات .