

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



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

## *Mémoire de fin de cycle*

En vue de l'obtention du diplôme Master en Psychologie  
**Option : psychologie clinique**

### **La dépression chez les insuffisants rénaux chronique**

**Etude de dix (10) cas réalisée au service  
d'hémodialyse (l'EPH) Kherrata**

*Réalisé par :*

**HAMMADI Rima  
HEMANA Noria**

**Encadré par : M<sup>r</sup> LABOUDI Fatih**

**Année universitaire : 2021/2022**

## ***Remerciements***

*Avant toute chose, nous tenons à remercier dieu le tout puissant, qui nous a accordé le courage et la patience afin de nous permettre d'élaborer ce modeste travail.*

*Nos remerciements les plus sincères s'adressent à notre encadreur Mr LABOUDI FATIH*

*Qui nous a fait l'honneur d'avoir consacré son temps précieux pour encadrer notre mémoire. Merci beaucoup pour sa confiance, ses précieux conseils, son aide, et sa disponibilité tout au long de la réalisation de notre travail.*

*Nos vifs remerciements pour les membres du jury, qui ont accepté d'évaluer ce modeste travail.*

*On désire aussi à remercier tous nos enseignants, qui nous ont fourni les outils nécessaires à la réussite de nos études universitaires.*

*On tient à remercier spécialement monsieur Wazene Mouhend qui nous a encadrés dans l'hôpital ainsi l'équipe soignante et tous les malades du service d'hémodialyse à l'hôpital Kherrata Bejaïa, qui ont contribué à la réalisation de ce travail*

## *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail*

- ❖ *A ma chère mère et je lui dis que tous les mots au monde ne seraient exprimer l'immense amour que je vous porte, et que dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie que vous demeuriez notre flambeau illuminant.*
- ❖ *A mon père, ses sacrifices, son soutien moral et matériel, il était toujours là pour me soutenir, m'aider, que dieu le protège.*
- ❖ *A tous mes chers frères et surtout mon grand frère Nordinne et sa femme Samia qui m'ont toujours soutenue. et aussi mon petite frère zamou.*
- ❖ *A tous mes chères sœurs surtout ma chère Lina.*
- ❖ *A notre promoteur qui a été un soutien de valeur et pour sa modestie et la qualité de son encadrement. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.*
- ❖ *A tous mes amis, Fouad, Amazighe, Noria, kamou, mouloud, Thuir, Sabrina, Célia.*
- ❖ *Sans oublier ceux qui m'ont orienté à réaliser ce modeste travail.*

**Rima**

## *Dédicaces*

Je remercie le bon dieu de m'avoir donné le courage, la santé et la volonté

Afin de pouvoir réaliser ce modeste travail.

Avec un cœur plein d'amour et de fierté je dédie ce

Modeste travail à la mémoire de mon père

Que Dieu le bénisse et l'accueille

Dans son vaste paradis.

A celle qui ma toujours entourée d'amour ma mère, qui ma encouragée durant toute

Ma vie et ma donnée l'espoir de poursuivre ce chemin que dieu la protège.

A mon petit prince ; mon fils « **ILANE** ».

A mon cher mari **HICHEM** qui je remercier infiniment pour ses aides et ses

Encouragements.

A tous les autres membres de ma famille

A Mes sœurs: **LATIFA** et son mari **DJAMEL** et ses enfants (**YANIS, INES ET**

**IMANE), LYNDA, HAYETTE, KARIMA, FAYZA(GAZA).**

A mes frères : **JOUTTA** et son épouse (**MALIA**) et son enfant

(**AHCENE MAHDI**)

A mon beau père: **MUSTAPHA** et ma belle mère : **DJOHRA**, mes belles sœurs :

**SIHAM, MANEL, MERIEM, CHAÏMA** ; et mon beau frère :

Le petit **WASSIM**.

A mon binôme **RIMA** que je remercier infiniment pour son arrangement et ses aides

Tout au Long de notre parcours universitaire.

A tout mes amis et mes proches

Enfin à tous ceux que je connais ou qui me connaissent que je n'ai pas pu les citer.

## **Sommaire**

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des abréviations

**Introduction ..... 02**

### **Le cadre général de la problématique**

Problématique et hypothèses..... 06

Définitions et Opérationnalisations des concepts.....10

Les objectifs de la recherche..... 11

Les raisons du choix du thème.....11

### **Partie théorique**

#### **Chapitre I : Insuffisance rénale chronique : aspect médicale**

Préambule

1-L'appareil urinaire et l'anatomie des reins.....14

2 - les principales fonctions des reins .....15

3-classification des maladies rénales..... 16

4- définition de L'IRC .....16

5-Epidémiologie.....17

6-les signes de L'IRC.....17

7-les causes de L'IRC..... 18

8-la classification de L'IRC..... 20

9-les types de L'IRC..... 21

10-le traitement de L'IRC..... 21

Synthèse

## **Chapitre II : insuffisance rénale chronique : aspect psychologique**

### Préambule

1-le moment de l'annonce de la maladie .....	27
2-la réaction du patient Envers sa maladie.....	28
3- les nombreuses contraintes et douleurs morales de la dialyse .....	32
4- deuil et le travail du deuil.....	37
5-le rôle des soignants.....	39

### Synthèse

## **Chapitre III La dépression**

### Préambule

Aperçu historique .....	42
1-Définition de la dépression .....	43
2-Épidémiologie .....	43
3-Les symptômes de la dépression.....	44
4-les facteurs de la dépression .....	47
5- les formes cliniques de la dépression.....	49
6-évolution de la dépression .....	52
7-approches théoriques de la dépression.....	53
8-classification de la dépression.....	54
9-la dépression et le risque de suicide .....	63
10-traitement.....	64

### Synthèse

## Partie pratique

### Chapitre IV : la méthodologie de recherche

#### Préambule

1- présentation de lieu de recherche.....	72
2- La pré-enquête.....	73
3- La méthode utilisée .....	73
4- Les techniques utilisées.....	74
5- La population d'étude.....	76
6- L'enquête.....	80

I

#### Synthèse

### Chapitre VI : Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses

Cas Linda .....	82
Cas Amir .....	87
Cas Wissam.....	93
Cas Rabah.....	97
Cas Khadîdja.....	101
Cas Farés .....	105
Cas Fakir .....	110
Cas Wassila.....	114
Cas Ayachi.....	118
Cas Sofia.....	122
<b>Discussion des hypothèses .....</b>	<b>127</b>
<b>Conclusion générale .....</b>	<b>129</b>
<b>Bibliographique</b>	
<b>Annexes</b>	

## ➤ **Liste des tableaux**

**Tableau 01** : les différents niveaux de l'insuffisance rénale chronique

**Tableau 02** : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude

**Tableau 03** : les normes de la dépression

**Tableau 04** : score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Linda

**Tableau 05** : score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Amir

**Tableau 06** : score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Wissam

**Tableau 07** : score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Rabah

**Tableau 08** : score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Khadîdja

**Tableau 09** : score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Fares

**Tableau 10** : score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Fakir

**Tableau 10** : score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Wassila

**Tableau 11** : score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Ayachi

**Tableau 12** : score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Sofia

## ➤ **Liste des figures**

**Figure 01**: l'appareil urinaire

**Figure 02**: les fonctions du rein

**Figure 02**: l'étape de filtration du sang



## ➤ **Liste des abréviations**

**ATC** : les antidépresseurs tricyclique

**CIM**: classification international des maladies

**DALY**: disability adjusted life year

**DP**: dialyse peritoneal

**DSM**: Diagnostic and statistical manual of mental disorders.

**DYA**: dont vient apparenter

**ECT**: l'électroconvulsiothérapie

**EPH** : Etablissement public hospitalier

**EPO**: l'érythropoïtine

**FMF**: fièvre familiale méditerranéenne

**GNMP**: glomérulonéphrite

**HTA**: hypertension artérielle

**IMAO**: les inhibiteurs de la monoamine

**IPT**: les psychothérapies interpersonnelles

**IRA**: insuffisance rénale aigu

**IRP**: insuffisance rénale progressive

**IRC**: insuffisance rénale chronique

**IRCT**: insuffisance rénale chronique terminale

**PAD**: pression artérielle diastolique

**PAS**: pression artérielle diastolique

**SHU**: syndrome hémolytique et urémique

# **Introduction**

## Introduction

La maladie rénale est dite « silencieuse » car elle ne se manifeste par aucun symptôme perceptible. C'est généralement à un stade très avancé de la maladie que l'on se rend compte que l'on est malade.

L'insuffisance rénale est l'une des priorités de la nouvelle stratégie de santé qui souhaite notamment développer la prévention de cette maladie chronique.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une maladie progressive et silencieuse. Elle nécessite au stade terminal un traitement de suppléance par dialyse ou transplantation rénale.

Lorsque 85 à 90% des reins sont touchés, on parle d'insuffisance rénale terminale. Cette situation conduit à un état toxique, appelé urémie, qui peut entraîner des complications médicales sévères. Elle nécessite la mise en place d'un traitement de substitution de la fonction rénale.

Chaque personne atteinte de cette maladie, vit différemment par rapport à l'autre. La maladie, par sa gravité bouleverse la vie du patient. Certains, semblent souffrir beaucoup, d'autres moins. Ce qui est observé, c'est qu'il y a d'autres qui font face à cette épreuve douloureuse, en se basant sur plusieurs côtés; sur les mécanismes de défense, ainsi sur le plan conjugal, familial, professionnel, amical et social en général, le bien-être du patient qu'il soit psychologique et/ou autre.

Le patient subit une perte de son état de santé, et le fait de se projeter dans l'avenir ne lui annonce qu'une perspective de mort. La durée de la séance d'hémodialyse met certain patient dans une situation de désespoir, de tristesse, de fatigue envers leurs états, la situation de leurs corps, une maladie qui a change complètement leurs vies. Et c'est ce qui affecte l'humeur du patient et même peut induire une dépression.

La dépression est un état pathologique marqué par une tristesse avec douleur morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur » de la « déprime : trouble dépressif ; période d'abattement, de dégoût, de lassitude ». La santé mentale, caractérisée classiquement par trois altérations isolées ou associées, trouble mental diagnostiqué, dysfonctionnement social, démoralisation ou détresse psychique.

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

ces raisons, nous ont poussées à s'intéresser à ce sujet et nous avons voulu par ce travail d'évaluer le niveau de la dépression chez les personnes ayant une I.R.C pour le recueil des données ou a choisies l'entretien semi directif comme la première technique de recherche en association avec l'échelle de dépression de Beck « BDI 2 » puis On s'est basé sur l'étude de 10 cas réalisée au service d'hémodialyse de Kherrata (wilaya de Bejaia).

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

En premier lieu, on a un cadre méthodologique qui contient les points suivants : problématique et hypothèses, opérationnalisations des concepts, les raisons du choix de thème, objectifs du choix du thème.

En second lieu, une partie théorique qui comprend trois chapitres :

Le 1<sup>er</sup> chapitre : intitulé insuffisance rénale chronique, aspect médical ; dans cette partie ou évoquera une explication du fonctionnement de l'appareil urinaire et l'anatomie des reins, les principales fonctions des reins, puis la classification des maladies rénales, ensuite une étude épidémiologique, on a mis les signes de l'IRC, les causes de l'IRC, la classification de l'IRC, les types de l'IRC, le traitement, enfin une synthèse.

2<sup>ème</sup> chapitre : l'insuffisance rénale chronique : aspect psychologique ; dans ce chapitre on a aborder des éléments très essentiels et très importants à connaître ; on a premièrement le moment de l'annonce de la maladie, la réaction du patient envers sa maladie, les nombreuses contraintes et douleurs morales de la dialyse, deuil et travail du deuil, enfin le rôle des soignants et une synthèse.

3<sup>ème</sup> chapitre : est celui de la dépression, dans lequel nous évoquerons en premier lieu un aperçu historique puis des différentes définitions, épidémiologie, les symptômes, les facteurs, les formes cliniques, évolution, les approche théorique de la dépression, classification, la dépression et le suicide et à la fin on a traitement et prise en charge.

En troisième lieu, on a une partie pratique qui comprend deux chapitres :

4<sup>ème</sup> chapitre : la méthodologie de recherche ; c'est un chapitre dans lequel nous avons présenté le lieu de recherche dont nous avons effectuer notre stage pratique au service d'hémodialyse de l'EPH de Kherrata dans la wilaya de Bejaia, la pré-enquête, la méthode

utilisée , les techniques de recherche , la population d'étude , l'échelle de Beck BDI II mesure le niveau de dépression et enfin on a l'enquête.

5<sup>ème</sup> chapitre : présentation, analyse et discussion des hypothèses.

Ce chapitre comprend : la présentation et l'analyse des entretiens cliniques et les résultats de l'échelle de Beck BDI II pour évaluer le niveau de dépression chez notre population d'étude qui nous permis de vérifier nos hypothèses. ainsi discussion des hypothèses .

En dernier lieu nous avons terminé notre recherche par une conclusion suivit d'une liste bibliographique et l'ensemble des annexes.

# Cadre générale de la problématique

## Problématique

La santé est un état normal des fonctions organique et psychique, état d'être vigoureux et exempt de maladie physique ou mentale. En 1948, l'OMS donne une définition plus large et positive de la santé: c'est un « état de complet bien-être physique, mental et social ». Ce n'est plus seulement l'absence de maladie. (Elsevier Masson, 2016, pp.5.6).

Si on parle de la santé, on parle de la santé mentale qui est une composante essentielle de la santé. En effet la santé mentale peut être défini comme un état de bien être dans laquelle un individu peut réaliser son propre potentiel et faire face aux situations normale de la vie et aux stress qu'elle générant .une personne en bonne santé mentale peut notamment contribue a sa communauté et travaille de façon productive (<https://aqpamm.ca/les-grands-tupes-de-maladies-mentale-mentale>).

Suit a la santé mentale, on a la santé physique qui ce défini comme l'étas corporel d'un individu prenant tout en considération de l'absence de maladies jusqu'au niveau de condition physique. Donc la santé physique et la santé psychique sont indissociable et forme un équilibre représentant l'étas de santé générale d'une personne. Mais malheureusement, l'être humain est peut toucher par des maladies.

Selon le dictionnaire médicale la rousse, une maladie est une « altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes clinique et paracliniques, une évolution, un pronostic et un traitement » (Ybert, E, et Al, 2001, p.559)

Parmi les maladies qui touche l'organisme de l'individu on trouve les maladies chroniques, la maladie chronique est une : « maladie de longue durée caractérisée par des symptômes légers et évoluant parfois vers la récupération ou le décès par cachexie ou par complication d'une maladie aigue » (Berube, 1991, p.130)

Parmi ces maladie on trouve le diabète, asthme, hypertension, cancer, et l'insuffisance rénale .cette dernier correspond a une modification du fonctionnement des reins qui n'assurent plus leurs fonctions.

Insuffisance rénale chronique(IRC) : est définie par une diminution de filtration glomérulaire (FG) en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons fonctionnel (ce qui la différencie de l'insuffisance rénale aigue)

## Le cadre générale de l problématique

---

C'est une réduction néphrotique plus ou moins lentement progressive a laquelle fait suite une adaptation jusqu'à une certaine limite par les néphrons restants afin de sauvegarder l'homéostasie.

C'est une altération progressive des fonctions excrétrices et endocrines du parenchyme rénale. Conséquence de lésions anatomiques irréversibles. (M.A BOUBCHIR, 2004, p.22).

L'insuffisance rénale chronique est la conséquence de la « réduction néphrotique » qui s définit comme une altération progressive et permanente des fonctions exocrines et endocrines du parenchyme rénal, résulta de lésions anatomiques irrémissibles .la diminution du débit de filtration gloméostasie qui s'exprime par une maladie générale pouvant atteindre tous les organes.

Ce n'est que lorsque la fonction rénale est amputée de plus de 75% qu'apparaissent les premières manifestations extrarénales entraînant le syndrome urémique chronique, terme évolutif de la plupart des néphropathies.

Fait remarquable, tout au long de l'évolution ou presque, les fonctions d'excrétion restent adaptées aux besoins de l'homéostasie. Ce point remarquable distingue l'insuffisance rénale chronique de l'insuffisance rénale aigue .cette adaptation explique que certains patients ne soient vus que tardivement au stade ultime de leur maladie (Association française des infirmier(e)s de dialyse, transplantation et néphrologie (AFIDTN), p.18, 19)

L'insuffisance rénale chronique et la diminution progressive et irréversible de la capacité des reins a assures leurs fonctions de filtration du sang, de régulation de ca composition et de sécrétion d'hormone.

Cette lente détérioration du fonctionnement des reins conduit a diverse complication dont l'accumulation des déchets du métabolisme et de l'eau, l'anémie et les troubles cardiovasculaire.

L'hémodialyse va donc permettre d'éliminer les déchets de l'organisme. Le sang charge de déchets passe dans un appareille .les déchets sont éliminés, le Song revient « nettoyé » dans le corps et peut à nouveau se chargé de déchés et aller les éliminer dans l'appraiel.et ainsi de suites, dans le même temps, la machine permet d'éliminer l'eau accumulée dans les oedèmes.au bout de quelque heures l'organisme est suffisamment débarrassé de ses déchets et de l'eau accumulée pour que l'on puisse arrêter la dialyse. Mais



rapidement, le corps va à nouveau se chargé de déchets raison pour laquelle il faut suivre plusieurs séances de dialyse par semaine (<https://ramsaysante.fr/vous-etes-patient-en-savoir-plus-sur-ma-pathologie/comment-fonctionne-une-hemodialyse>)consulté .

La dépression peut être définie comme un trouble psychologique caractérisé par une baisse de l'humeur marquant une rupture avec l'état et le fonctionnement antérieure de la personne. (c.s.peretti, 2013, p.28).

Le mot « dépression » veut dire « abaissement » ou « affaissement ». L'état de malaise intérieure pénible et douloureux qui envahit la personne et perturbe de façon importante et durable son fonctionnement quotidien fait partie des principaux symptômes de tristesses et d'abattement passager et elle diffère aussi d'un deuil normale qui survient suite à la perte d'un être cher. En effet, cette dernière se présente sous de symptômes qu'il importe de considération dans leur ensemble afin de la reconnaître. (Emmanuel Habimanz, p.h.d et Charldtte Cazabon, m.a.2013, p.83)

Le fait de se sentir triste, d'être déprimé, d'avoir des idées noires ou des difficultés à dormir ne veut pas dire forcément que l'on souffre de dépression, par ce que tous ces sentiments font parti de la vie de chacun de nous. Au fil du temps et des événements, chacun de nous «expérimente toute une gamme de sentiment, de plus triste au plus optimiste.

Pour pouvoir parler de la dépression comme maladie .il faut que sa perturbation de l'humeur soit multiples et bien caractériser, qu'elle se manifeste de façons permanent, pendant une période supérieure à deux semaines, et qu'elles entraînent un gêne important dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne.

L'état dépressif se caractérisé par un changement profond par rapport au fonctionnement habituel, une tristesse inhabituel différente d'après les personnes qui souffrent de dépression de la tristesse normale (cette tristesse est particulièrement intense, elle n'est pas directement reliée à une cause, rien ne l'apaise, elle se mêle d'angoisse et d'un sentiment de fatalité), on remarque une perte d'intérêt et de plaisir qui touche tous les domaines de la vie.

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

## Le cadre générale de l problématique

---

Tenter de comprendre la dépression chez les personnes hémodialysées n'est pas un travail facile.

Dans cette recherche en fait référence à la théorie psychanalytique dans le vécu psychologique (la relation d'objet), et la théorie cognitive- comportementale (TCC) comme arrière plan théorique de notre travail de recherche, par ce que c'est un meilleur type de thérapie pour ce genre de Problèmes.

Afin d'effectuer notre étude, nous avons opté de finaliser notre stage pratique auprès des personnes hémodialysées dans l'établissement public hospitalier de kherrata , et cela afin de répondre a la problématique suivante :

### **Question générale :**

- Les personnes hémodialysées présentent- ils une dépression?

### **Question partielle :**

- la perte de la fonction urinaire peut-elle provoquer une perte d'intérêt pour le sexe chez les patients?

### **Les hypothèses :**

#### **Hypothèse générale :**

- Les insuffisantes rénales chroniques développent une dépression.

#### **Hypothèse partielle :**

- La perte de la fonction urinaire peut provoquer une perte d'intérêt pour le sexe.

### Définition et Opérationnalisation des concepts :

#### **Insuffisance rénale chronique :**

L'insuffisance rénale chronique correspond à la perte irréversible des fonctions du rein suite à la destruction progressive des deux reins. Elle s'exprime essentiellement par une augmentation de la créatinémie et une diminution de la clairance de la créatinine .elle peut aboutir à l'insuffisance rénale terminale qui se définit par une clairance de la créatine inférieure à 15 ml/mm ((J.Liotier, C.Mapiat, 2012, p.256).

Elle se traduit par :

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

#### **La dépression :**

La dépression est l'une des pathologies les plus anciennes et les plus fréquentes (de 5 à 10% de la population générale).la mélancolie reste le tableau clinique le plus typique même s'il ne correspond plus aux formes les plus nombreuses (Guillemot.M et blumel.B 2013.p.197).

Elle se traduit par :

- Un humeur triste, fatigue, se sentir malheureux et démoralisé.
- Une insomnie, ou excès de sommeil
- Une baisse de la libido
- Des problèmes de concentration de prise de décision
- Sensibilité émotionnelle excessive.
- Une fatigue importante ou une perte d'énergie.
- Un changement marqué de l'appétit ou du poids (perte ou gain)
- Des pensées morbides ou des idées suicidaires.
- Une réduction marquée du plaisir et de l'intérêt pour presque toutes les activités.

- Isolement, replis sur soi.

### **Les objectifs du choix du thème :**

Comme tout travail de recherche scientifique qui vise un but bien déterminé, les objectifs projetés dans notre étude sont les suivants :

- Analyser le sujet « la dépression chez les personnes atteints d'insuffisance rénale chronique » qui est un thème très vaste a aborder et pour mettre en pratique les connaissances acquise durant notre cursus enrichir notre recherche.
- Déterminer les contraintes vécus par ces malades sur le plan familial , sociale et professionnel .
- Découvrir a quels points cette maladie chronique peut influencer sur la vie psychique de ces malades.
- Donner une chance a ces malades pour s'exprimer leurs souffrances internes.
- Mettre en lumière les sentiments et les difficultés psychiques vécues par les personnes atteints d'une insuffisance rénale chronique.

### **Raisons de choix du thème :**

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

Ce qui va nous donner des motivations à la recherche en tant que des futures psychologues clinicien. En outre la disponibilité de la population d'études pour appliqué nos méthodes sur le terrain, ainsi que la disponibilité de la documentation.

# **Partie théorique**

*Chapitre I*  
**Insuffisance rénale  
chronique : aspect médicale**

## Préambule

Les reins sont deux petites organes qui filtrent le sang et excréter certaines hormones, mais malheureusement quand les reins ne peuvent plus assurer leurs travail de filtration sanguin .cela s'accompagne des déséquilibres en eau et en minéraux dans l'organisme qui peuvent mener a une situation mortelle, et cela un signe de l'une des maladies rénales.

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

- les reins sont situés de chaque coté de la colonne vertébrale.
- Chaque rein est constitué d'un million d'unités fonctionnelles appelés néphrons.
- Chaque néphron comprend un glomérule et un tubule.
- Les néphrons filtrent le sang. Eliminent les déchets et l'eau en excès, fabriquent l'urine
- L'urine est ensuite déversée dans les deux uretères puis dans la vessie puis évacuée par urètre (J.Liotier, C.Mapiat, 2012, p.254).

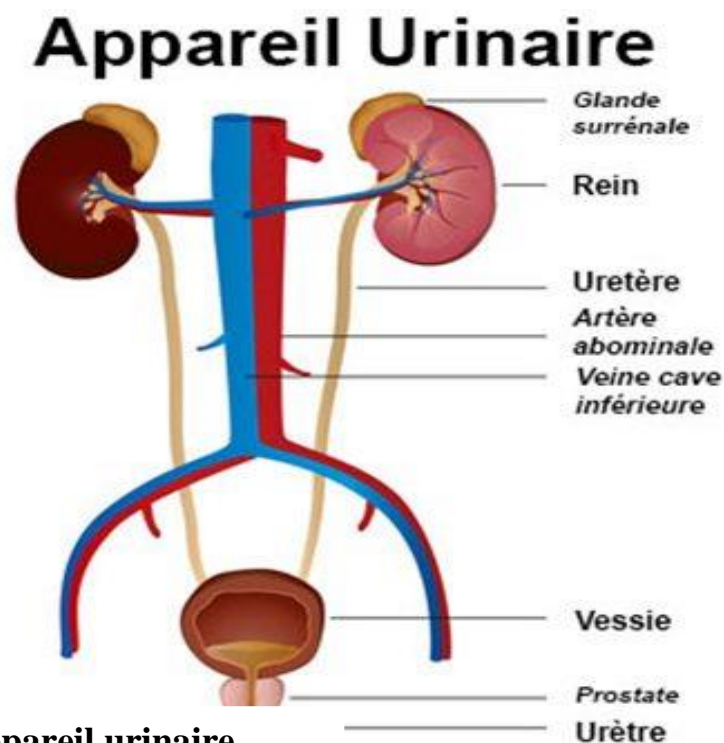


Figure 01 : l'appareil urinaire.

## 2-Les principales fonctions des reins :

Le rein est un organe pair de 12 cm de haut par 6cm de large, de 150g, en forme de haricot, placé de chaque côté de la colonne vertébrale au niveau des dernière côtes. Chaque rein est constitué d'un million de néphrons comportant chacun un Tubule et un glomérule nécessaires à la formation de l'urine. Son rôle est triple (Claire Meplon-Duquenne ,2017,p.18)

### 2-1 Fonction de filtration :

- Epurer les déchets toxiques produits par le corps ; exemple :
  - Urée issue du catabolisme protidique.
  - Créatinine issue des cellules musculaires
- Equilibrer les substances vitales appelées électrolytes ou ions : sodium, potassium, etc.

### 2-2 Fonction hormonale :

- Le rein produit en secrète des hormones qui permettent de :
  - contrôler la tension artérielle (rénine).
  - fabriquer les globules rouges (érythropoïétine).
  - assurer la solidité osseuse (vitamine D active) (J.Liotier, C.Mapiat, 2012, p.255).

## Les Fonctions du Rein

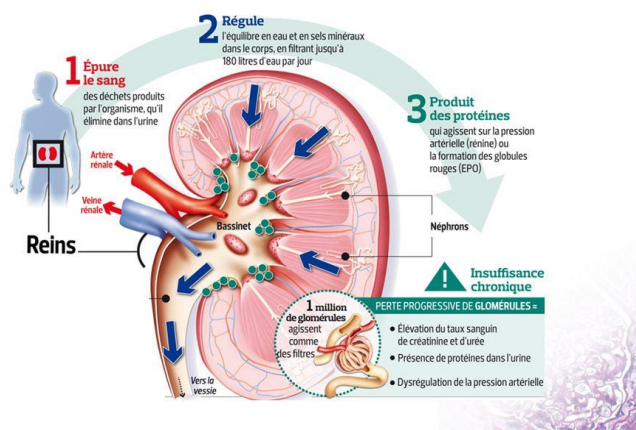


Figure 02 : les fonctions du rein



### 3-Classification des maladies rénales :

La classification des maladies rénales repose sur des bases en partie arbitraires. Cette classification peut se faire par exemple selon le caractère primitif ou secondaire de l'atteinte rénale. En pratique, cette classification repose sur deux éléments principaux : d'une part la vitesse d'évolution et l'insuffisance rénale lorsque celle-ci existe.

D'autre part l'association des différents éléments sémiologiques en tableaux anatomie-clinique relativement spécifique.

La vitesse d'évolution de l'insuffisance rénale permet de différencier.

**3-1 L'insuffisance rénale aiguë (IRA) :** lorsque l'insuffisance rénale évolue en quelques heures à quelques jours.

**3-2 L'insuffisance rénale rapidement progressive (IRRP) :** lorsque l'insuffisance rénale évolue en quelques jours à quelques semaines.

**3-3 L'insuffisance rénale chronique (IRC) :** lorsque l'évolution se fait sur un mode plus lent en quelques mois à quelques années.

Les principaux éléments sémiologiques sont la présence ou non d'une hypertension artérielle (HTA), d'œdèmes ou d'un syndrome urinaire : protéinurie ou anomalie du sédiment urinaire, hématurie, cylindres hématiques, leucocytaires (M.A Boubchir, 2004, p.7).

### 4- Définition de l'insuffisance rénale chronique :

L'insuffisance rénale chronique correspond à la perte irréversible des fonctions du rein suite à la destruction progressive des deux reins. Elle s'exprime essentiellement par une augmentation de la créatinémie et une diminution de la clairance de la créatinine. Elle peut aboutir à l'insuffisance rénale terminale qui se définit par une clairance de la créatinine inférieure à 15 ml/min ((J.Liotier, C.Mapiat, 2012, p.256).

## 5-Epidémiologie :

En France, on compte entre 1,7 et 2,5 Millions de personnes en IRC avant le stade terminal.

Comme dans l'ensemble des pays développés. L'incidence et la prévalence de L'IRC sont en progression constante. Cela est du au vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies vasculaire et métabolique (HTA et diabète) ayant un retentissement rénal.

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) touche environ 45000 malades.les deux tiers sont actuellement traités par dialyses et un tiers par greffe rénale .cette population augmente d'environ 7 000 nouveau cas/année. L'augmentation de l'incidence d L'IRCT porte principalement sur les tranches de population les plus âgées. La prise en charge des patients traités par hémodialyse a des coutes considérables : 45 750 a 61 000 euros /an soit prés deb 2 % des dépenses de santé en France.

L'incidence de L'IRC a deux grandes variations géographiques et dépende de facteurs, tel que l'âge, la race et le sexe .l'incidence rapportée a L'IRC aux Etats-Unis en 1991 étai de 198/million d'habitants /an.

En 1993, la prévalence de L'IRT traitée par dialyse était de 170 000 personnes environ. L'incidence d L'IRT augmente d'environ % an aux Etas –unis.

La réhabilitation des patients traités par dialyse chronique reste globalement décevante alors que le prix de cette forme de traitement augmente considérablement. En raison du cout humain et social de L'IRC, ainsi que des effroyables morbidités et mortalité associées a cette IRC, tous les efforts devraient être faits pour préserves au mieux la fonction rénale et ralentir sa progression chez les patients atteints d'une maladie rénale. C'est insister également sur l'importance des mesures de prévention de l'atteinte rénale, en particulier dans les populations a risque (diabète, HTA, cancers, ludopathies) (M.A Boubchir, 2004, p.23).

## 6-Les signes de L'IRC :

Au stade débutant, la maladie rénale est silencieuse.

Quand la destruction rénale est importante les reins ne sont plus capables d'assurer la fonction de filtration et la fonction hormonale, alors apparaissent les différents symptômes décrites ci – dessous.

**6-1 Atteinte de la fonction de filtration :**

- Une accumulation des déchets → urémie avec perte de l'appétit, nausées, confusion.
- Une rétention d'eau et de sel → œdèmes (prise de poids) et HTA.
- Une accumulation des ions → hyperkaliémie avec risque de troubles de rythme cardiaque.

**6-2 atteintes de la fonction hormonale :**

Elle conduit à :

- Un déficit de la vitamine D active → trouble osseux.
- Un déficit de l'érythropoïétine (EPO) → anémie.
- Une perturbation de la rénine → élévation de la tension artérielle (HTA) (J.Liotier, C.Mariat, p.256).

**7-Les causes de l'insuffisance rénale chronique :**

Il faut s'efforcer de retrouver la cause de l'IRC car certaines d'entre elles sont réversibles lorsqu'elles sont identifiées et traitées correctement.

**7-1 néphropathies glomérulaires (40%) :**

Le diabète est devenu la cause la plus fréquente d'IRC. Le diabète représente environ 30% des formes d'IRT avec de larges variations d'un pays à l'autre.

Les néphropathies glomérulaires représentent la troisième cause d'IRC. Les néphropathies glomérulaires les plus souvent en cause sont la néphropathie glomérulaire les plus souvent en cause sont la néphropathie à dépôts mésangiaux d'IgA (maladie de Berger), la néphropathie hyaline segmentaire et focale, la glomérulonéphrite membrano-proliférative (GNMP) et les glomérulonéphrites lupiques.

### **7-2 néphropathies vasculaires (10 %) :**

Retentissement rénale d l'HTA (néphroangiosclérose bénigne ou maligne).l'hypertension est la deuxième cause reportée D'IRT. Dans une étude épidémiologie concernant 361 659 hommes hypertendus suivis pendant 15 ans en moyenne ,924 développent une IRCT ceci représente une incidence de 17,12 pour 100 000 sujets par ans.

Le risque relative de développer un IRC est multiplié par 30,9 lorsque la pression artérielle diastolique (PAD) est > 120 mm hg par rapport a 70mmhg .pour une pression artérielle systolique (PAS)>200 mmHg versus 120 mmHg, le risque relatif d'IRC est de 48,2.sur l'ensemble des valeurs tensionnelles, pression artérielle représente un facteur de risque indépendant de survenu d'une IRCT. Cette étude ne permet pas cependant de savoir si l'HTA est la cause ou la conséquence d'une atteinte rénale pré -existence .il est intéressant de constater que la plupart des cas D'IRCT surviennent pour des valeurs de pression artérielle définissant l'HTA maligne, dont l'attente rénale est un des constituants bien classique .inversement, la survenu d'une IRCT chez des sujets seulement modérément hypertendus reste un événement beaucoup plus rare.

-Microangiopathie thrombotique du syndrome hémolytique et urémique (SHU)

-les vascularités systémique (sclérodemie, PAN...)

-Les IR athéromateuses : la maladie athéro-embolique par embolie de cristaux de cholestérol.

### **7-3 néphropathies interstitielles (35%) :**

Ce sont des maladies primitives de l'interstitium rénale avec des lions fibrotique ou inflammatoires et une atteinte secondaire des glomérules et des vaisseaux.

**NB :** le risque de développer une maladie une maladie rénale chronique st augmenté par l'inactivité physique, par un tabagisme a plus de 20p-jet par l'obésité morbide.

### **7-4 néphropathies congénitales et héréditaires (15%) :**

Environ 5a 8%des patient abc une IRT ont une forme d néphropathies héréditaire, en premier lieu la polykystose rénale, mais aussi le syndrome d'apport ou la maladie de Fabry .ces formes de maladie rénale ne sont pas accessible pour l'instant a des traitements

spécifiques, mais un conseil génétique peut être bénéfique dans les familles à haut risque de maladie rénale d'évaluation précoce.

-hypoplasies rénale avec ou sans anomalies de la voie excrétrice.

-affections métabolique familiales : cystinose, oxalose (M.A Boubchir, 2004, p.24, 25, 26,27).

### 8- la classification de L'IRC :

TABLEAUX 1-les différents niveaux de L' IRC		
	Créatinémie (umol/l)	Clairance de la créatinémie (ml/mn)
Débutante	110 à 150	60 à 100
Modérée	150 à 300	30 à 60
Sévère	300 à 600	15 à 30
Evoluée	600 à 800	10 à 15
Terminale	>800	>10

**Tableau 01 :** les différentes niveaux de l'insuffisance rénale chronique (Boubchir, A, 2004, p 24).

## **9- Les types de L'IRC :**

### **9-1 IRC avec anomalies morphologique macroscopique rénales :**

Maladie poly kystique rénale Autosomique dominante (liée a une mutation sur le bras court du chromosome 16), associée a une polykystose hépatique dans 80 a 90% des cas, ou récessive néphronophtise ou maladie kystique de la médullaire, sclérose tubéreuse de Bournonville.

### **9-2 IRC avec anomalies de transport :**

Acidoses tubulaires, diabète phospho-gluon -anamnié ou syndrome de fanconi, cystinurie, syndrome néphrotique congénital.

### **9-3 IRC avec anomalies métaboliques ou inflammatoires générales :**

Maladie de Fabry, oxalose rénale, cystinose, amyloses familiales héréditaires dont la fièvre familiale méditerranéenne (FMF) ou maladie périodique (maladie de juifs), syndrome de Muckle (surdité de perception débutant dans l'enfance +amylose rénale AA).

### **9-4 IRC et affections congénitales :**

Syndrome d'Apport (hématurie +surdité de perception +lenticône antérieure), ectasie canaliculaire précalicielle ou maladie de Cacchi et Ricci, oligoméganéphonie (M.A Boubchir, 2004, p.24).

## **10- Le traitement D'IRC :**

Au stade d'insuffisance rénale terminale, le seul traitement possible dans l'attente d'une greffe de reins, est l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale.

### **10 -1 L'hémodialyse :**

En générale, les séance d'hémodialyse se répètent trois fois par semaine à jours et horaires fixes, et durent en moyenne 4 heures.

-préparation de la machine appelée générateur par l'équipe soignante (durée 1-2heure)

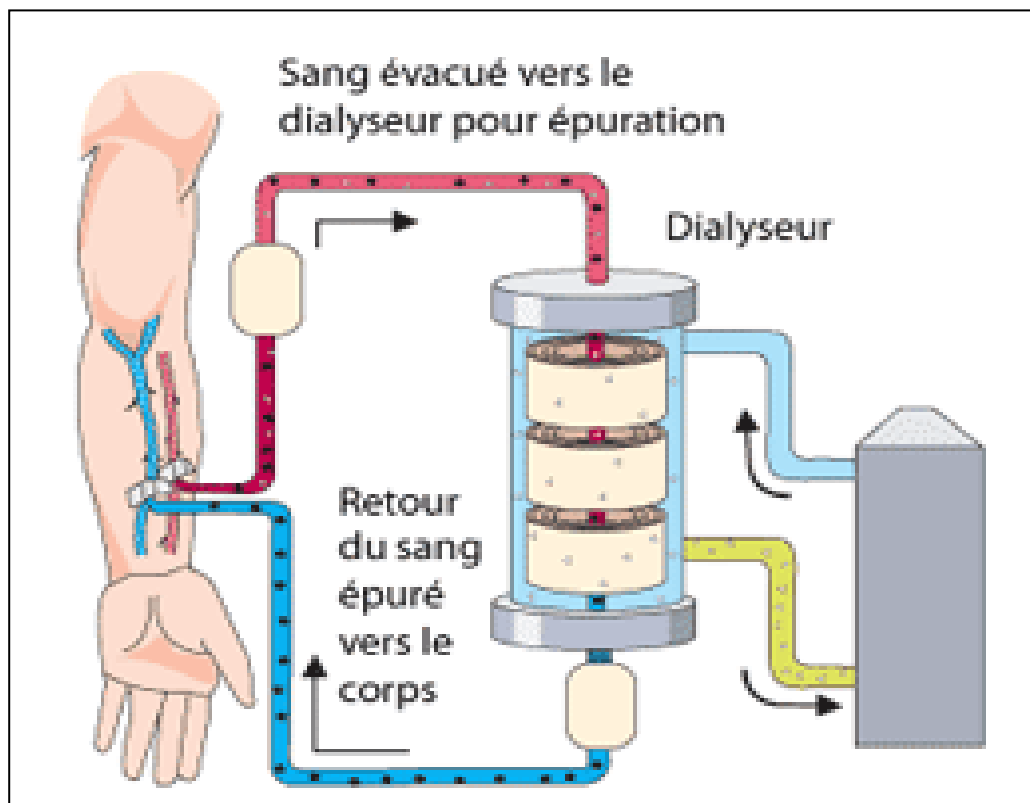
-pesée du patient afin de déterminer votre eau en excès et régler votre perte de poids sur le générateur.

-les infirmiers relèvent toutes vos constantes : tension artérielle, pouls, et température.

-la fistule est ponctionnée, à l'aide d'aiguilles spécifique au traitement par dialyse .les aiguilles sont fixées par du sparadrap de manière à ce qu'elles restent en place pendant toute la séance. Un anticoagulant, est injecté pour éviter que le sang ne coagule dans le circuit : dialyse commence

-pendant 4 heures, vous êtes installé dans un fauteuil ou dans un lit, le temps que votre sang soit épuré par le rein artificiel .vous pouvez regarder la télévision, écouter de la musique .toutes les heures, l'infirmier prend votre tension et s'assure de votre confort.

-Au terme de la séance, vous partez avec un poids de base dit poids sec qui correspondons à une pression artérielle normale et un état générale satisfaisant.



**Figure 03** : l'étape de filtration du sang

### **10-2-La dialyse péritonéale :**

La dialyse péritonéale (DP) est une méthode d'épuration du sang qui se fait grâce à une membrane naturelle tapissant l'intérieure de l'abdomen appelé péritoine.

-grâce à sa vascularisation riche, le péritoine sert de filtre naturel. Le sang chargé de déchets dans les vaisseaux du péritoine va être en contact avec le liquide de dialyse appelé dialysat.

-à travers le péritoine, s'effectuent des échanges qui permettent une épuration des déchets et une élimination de l'eau en excès.

La dialyse se déroule en trois phases ;

-l'infusion : elle correspond au remplissage du liquide de dialyse (dialysat) dans la cavité abdominale ; elle dure 10 minutes.

-la stase : c'est la période où le dialysat est en contact avec le sang. Les déchets et l'eau en excès passent du sang dans le dialysat. Selon la technique de dialyse péritonéale, cette étape dure entre 1 à 16 heures.

-le drainage : elle correspond à la sortie du liquide de dialyse rempli de déchets et de l'eau en excès de la cavité abdominale.

En pratique, pour réaliser la dialyse péritonéale, il faut ;

-un système de connexion qui permet d'assurer les échanges de façon aseptique.

-des poches de dialysat stérile d'un volume d'environ 1,5 à 2 l.

-un cathéter de dialyse (J.Liotier, C.Mariat, 2012, p.262.).

### **10-3 La transplantation rénale :**

Elle représente le traitement de choix de l'IRC parvenu au stade terminal, elle peut être faite à partir d'un donneur vivant ou cadavérique. Elle augmente l'espérance de vie des patients en insuffisance rénale terminale et en améliore la qualité de vie (Khadidja Mazouz, 2015, p.45).



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

Ce traitement de substitution idéal de l'urémie chronique (le rein transplanté, outre les fonctions excrétoires, peut pleinement qui reste gravé de complication non négligeable.

L'organisation de transplantation est toujours difficile et dépend de :

-du greffon qui peut provenir d'un sujet vivant. C'est la greffe DVA (don vivant apparenté). Des règles strictes et contraignantes encadrent légalement ce type de dons en France.

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

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

-du traitement qui associe la corticothérapie et l'immunosuppression nécessaire à la tolérance immunologique mais qui comporte de risque infectieux, cancéreux, vasculaire, osseux et métabolique.

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

La recherche quant à la possibilité des xéno greffes est encore plus que habitante et l'utilisation de tels greffons ne sera sûrement pas possible avant de nombreuses années (Elsevier Masson, 2016, p.27).

**Synthèse**

L'insuffisance rénale désigne la diminution plus ou moins importante des fonctions des reins, le rein étant un organe vital dans la création d'hormones et l'épuration des déchets néfastes de notre Corps. sa perte d'efficacité partielle ou totale entraîne d'énormes bouleversements sur la vie quotidienne du patient, l'insuffisance rénale chronique est déclarée à partir du moment où les reins cessent de fonctionner de manière irréversible, qui nécessite ensuite une prise en charge médicale et psychologique .

## *Chapitre II*

# **Insuffisance rénale chronique : aspect psychologique**

## Préambule

L'insuffisance rénale chronique est une maladie qui touche le fonctionnement psychologique du patient, et l'entrée dans l'hémodialyse représente l'entrée dans un autre monde, frustrant caractérisé par une série d'événements psychiques et avoir des réactions imprévisibles.

### 1-Le moment de l'annonce de la maladie :

Le moment où le patient va s'entendre annoncer pour la première fois une maladie grave ou une maladie chronique est un moment extrêmement fort sur le plan émotionnel. Savoir gérer correctement cet échange avec le patient doit faire partie des compétences de tout professionnel de santé. (Elsevier Masson, 2009, p.25).

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

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

Mais le soutien familial est décrit comme un facteur essentiel à l'adaptation à la maladie et son traitement, c'est grâce à ce soutien que le patient fait le mieux face à la chronicité (Ledey, D, 2006, pp .28, 29).

On évoque souvent la notion de vérité lorsqu'on aborde le thème de l'annonce du diagnostic. La vérité (du latin Veritas) est un terme de philosophie qui exprime la qualité de ce qui est vrai.

Dire la vérité à un patient c'est donc l'informer de ce qui est réellement, et sans détours.

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

Parler de la maladie, de la mort est difficile car il faut aborder les « non-dits ». En complément des recommandations aux médecins communiquées par l'ANAES, M.RUSZNIEWSKI cite trois exemples d'annonce du diagnostic au patient et après les avoir analysés conclut par le fait qu'il n'y a pas une seule manière d'annoncer la maladie.

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

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

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

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

## **2- La réaction du patient envers sa maladie :**

### **2-1 Un effet traumatique :**

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

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

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

### **2-2 Les signes cliniques de la dépression :**

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

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

Selon D Cupa, "une dépression plus ou moins importante existe chez tout dialysé". Et même selon Becker cité par D. Cupa, le dialysé est un dépressif chronique. En effet, chaque nouvelle dialyse rappelle la perte de l'organe, et donc que le corps est irrémédiablement abîmé. Du fait de cet état dépressif, on observe fréquemment chez les personnes dialysées une chute de libido, des problèmes d'impuissance ou de perte de désir sexuel de par le traumatisme de la confrontation à la maladie, à la mort et au traitement. Selon

G. Lefèvre, cet état peut induire à des symptômes de type dépressif : chagrin, envie de rien, pas envie de voir d'autres personnes, de sortir, détachement du monde extérieur, désintérêt pour les activités antérieures la maladie, perte d'appétit ou au contraire boulimie, troubles du comportement alimentaire multiples, non-respect des contraintes diététiques, très fréquemment des troubles du sommeil, voir envies suicidaires (Lefebvre, 2005, p.1).

Tout comme la nausée, la douleur est nécessaire. C'est un message que nous devons écouter. Partout dans le monde, les personnes dépressives ou anxieuses nous envoient un message.

Elles nous révèlent qu'il y a un problème dans notre mode de vie. Nous devons cesser d'étouffer leur douleur, voire de la réduire au silence en y voyant une simple pathologie. Au contraire, nous devons l'écouter et la reconnaître à sa juste valeur. Ce n'est qu'en prêtant l'oreille à notre propre souffrance que nous pourrons remonter à ses causes véritables et, enfin, la surmonter (Johann Hari, 2019, p.335).

### **2-3 Les mécanismes de défense du patient :**

Quelques éléments pour comprendre les mécanismes de défense des patients:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

### **3-Les nombreuses contraintes et douleurs morales de la dialyse :**

#### **3-1-Le problème du rapport au temps chez la personne dialysé :**

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

Certains patients le reconnaissent d'eux-mêmes, surtout s'ils ne sont en dialyse que depuis quelques semaines.

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

#### **3-2 Le régime et les contraintes alimentaires :**

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

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

### 3-3 Le problème d'effraction :

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

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

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

Cas de monsieur C. qui dit se réveiller souvent la nuit pour écouter le tic-tac de sa fistule ... Ces effractions sont surtout difficiles à vivre pour les patients dont la personnalité est structurée sur un mode psychotique, car ces personnes sont déjà aux prises avec des angoisses dites de morcellement, mais aussi pour les patients normaux névrotiques car ces brèches posent le problème de la différenciation entre dedans et dehors. Cela peut générer des manifestations

anxio-dépressives, une très grande anxiété au moment du branchement par exemple, perturber le sommeil et l'appétit. Dans le cas de L, comme chez un certain nombre de dialysés, l'angoisse atteint probablement son paroxysme juste avant le branchement. Le problème est que cette angoisse empêche justement la personne de pouvoir verbaliser ce qu'elle ressent.

C'est là que le psychologue peut être utile pour encourager la verbalisation (Lefebvre, 2005, p.5).

### **3-4 Les répercussions psychologiques :**

Les difficultés psychologiques des dialysés sont liées au fait que leur maladie soit mortelle et rend indispensable des soins contraignants. La découverte de la maladie confronte donc le patient à sa propre mort. Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologiques, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien. Cela le conduit à se détacher du monde et à ne plus l'investir, d'où un repli sur soi, accentué parfois par l'isolement social. C'est pourquoi la famille et les soignants sont un rôle très important à jouer. À l'inverse, certaines personnes trouvent dans la dialyse un bénéfice sur le plan social, si ce sont des personnes qui étaient déjà socialement isolées avant, la dialyse va leur permettre de nouer des liens avec d'autres personnes, soignés ou soignants.

Concernant ces personnes, la greffe va les confronter à un certain vide car ils retrouvent une famille par l'intermédiaire de la maladie et du traitement. Certains patients dialysés présentent quelquefois des préoccupations hypocondriaques excessives. Ils peuvent se plaindre de douleurs aux localisations multiples qui n'ont pas d'origine somatique. Ces plaintes cachent en fait souvent une peur imminente de la mort qui ne peut s'exprimer en tant que telle (Lefebvre, 2005, p.1).

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

Comme le dit D. Cupa « le patient 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, 2002, p.88) L'insuffisance rénale confronte donc la personne à l'idée de sa propre mort, et le fait que cette perspective

est rendue plus immédiate, plus présente, plus prégnante, par rapport à une personne bien portante, d'où sans doute ce sentiment d'urgence quasi permanent...

Cet état met le malade dans une situation de deuil, selon Élisabeth Kubler « on entend par deuil la perte d'un être cher..., d'un état auquel on est attaché. Le deuil représente aussi le cheminement que connaît la personne exposée à cette perte jusqu'à ce qu'elle réapprenne à vivre en l'absence de l'objet perdu. En soi, le deuil est un processus normal et universel au quel nous avons été, nous sommes ou serons tous un jour confrontés... la résolution du deuil se fait par étapes successives : le déni, la colère, le marchandage, la dépression, l'acceptation. A son rythme, la personne endeuillée va traverser ces différentes étapes en s'appuyant au fond d'elle sur des ressources insoupçonnées, transformant une absence extérieure vécue comme douloureuse, en une présence intérieure chaleureuse » (Kubler, 2009, p.102) En revenant au cas des dialysés G. Lefebvre dit « Il y a donc un travail de deuil à faire car on passe du statut de personne bien portante à celui de malade. Sans un réel travail de deuil, ce nouveau statut est très difficile à accepter. Or pour faire le deuil de quelque chose, il faut notamment pouvoir oublier, ne serait-ce qu'un instant, que nous avons perdu ce quelque chose. La dialyse constitue alors un rappel répétitif de la perte, donc l'oubli est rendu presque impossible (Lefebvre, 2005, p.1).

Certaines personnes arrivent à dormir pendant les séances, à se détendre, et d'autres non, sans doute à cause d'une angoisse trop importante, car dormir c'est mourir un peu, cela revient à abandonner le contrôle. La dialyse péritonéale est souvent mieux vécue par les patients car elle semble offrir davantage de liberté, et donc permet une meilleure insertion sociale, mais elle renvoie aussi à des angoisses de mort, dans un deuil répétitif infini. La détresse par rapport à la dialyse est plus grande si le sujet sait qu'il ne pourra pas être greffé. Dans de rares cas, des amputations sont nécessaires par suite d'un diabète avancé, et certains patients peuvent expressément demander à mourir et refuser de poursuivre la dialyse.

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

### **3-5 Les remaniements de l'image du corps :**

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

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

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

L'insuffisance rénale peut être vécue comme si l'organe rein était mort, et de ce fait, un processus de deuil est nécessaire car il y a perte d'une fonction : la fonction rénale. Ce processus de deuil, s'il ne se fait pas ou mal, peut entraîner des dépressions majeures difficiles à traiter.

Le patient a un gros travail à faire sur lui-même car il doit accepter et la maladie, et le traitement qui l'accompagne (Lefebvre, 2005, p.4).

### **3-6 Dysfonctionnement sexuelle :**

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

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

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

#### 4- Deuil et travail du deuil :

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Irritation** : C'est la manière de l'individu d'exprimer son désarroi, son impuissance face aux événements. L'individu en veut à tout le monde, au corps médical qui ne peut le soigner...C'est également une période de questionnement.
- **Marchandage** : C'est une phase de négociations. Le marchandage est une forme de négation qui permet à l'individu de se protéger contre la réalité, l'individu fait appel à la religion, négocie avec les instances supérieures : « Je prierai matin et soir, et j'irai à l'église tous les dimanches si tu me guéris mon Dieu ».
- **Dépression** : Phase plus ou moins longue du processus de deuil qui est caractérisée par une grande tristesse, des remises en question, de la détresse.

Cette situation résulte de l'épuisement physique et psychique. On note l'apparition de symptômes dépressifs comme la perte d'appétit, les troubles du sommeil, une humeur triste, un isolement...

- **Acceptation** : Dernière étape du deuil où le patient se sent mieux. Il trouve des explications, un sens aux épreuves qu'il traverse. Il a aussi réorganisé sa vie en fonction de la perte. La maladie devient une source de réorganisation de vie, de restructuration de la personne qui va pouvoir refaire des projets (Barthélemy, 2008, p.15).

Les caractéristiques essentielles du deuil peuvent être ainsi résumées : le deuil est une réaction normale à la perte d'un objet aimé, il impose une expérience douloureuse et un travail de désinvestissement progressif parce que la prise en compte de la réalité de la perte est maintenue. C'est un passage très éprouvant et parfois très lent, mais il connaît un début et une fin : la tâche qu'il implique aboutit à la libération du moi qui pourra s'engager à la fois dans de nouveaux investissements et de nouvelles activités (Guy cabrol, Marie claire Durieux, Hèlène parat, 2012, p.17).

### **5-Le rôle des soignants :**

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

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

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

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

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

On citera ce passage de D.Cupa qui illustre parfaitement le cas de monsieur A. : "Le patient qui se sent contraint par la dialyse et insuffisamment reconnu par l'équipe soignante



va faire pression sur l'équipe, d'une part pour se soulager de celle qui est exercée sur lui, d'autre part pour attirer l'attention".

Les patients qui appellent l'infirmière pendant les dialyses pour des raisons futiles exercent une contrainte qui est à comprendre comme un appel à un soin qui est autre qu'un soin infirmier.

Cela peut être interprété comme ; "venez plus avec moi car je m'ennuie, j'ai peur" (Lefebvre, 2005, p.5).

### **Synthèse**

L'hémodialyse bouleverse la vie des patients, et l'adaptation a ce nouveaux monde est difficile, par ce qu'il influence sur le coté psychique, ce qui fait appelle a plusieurs troubles psychologiques .mais une meilleure pris en charge psychologique par toute l'équipe soignante et le soutien de l'entourage pourrait être un élément essentiel pour diminué leurs souffrance.

# **Chapitre III**

## **La dépression**

## Préambule

La dépression constitue un réel problème de santé publique en raison de plusieurs motifs étroitement imbriqués et dépendants, elle représente la première cause d'incapacité psychique et physique. La dépression a des répercussions non seulement sur la santé en général et la survie mais aussi sur la vie familiale, les relations sociales et le travail.

## Aperçu historique

Étymologiquement, le mot « dépression » dérive du latin *deprimere* qui signifie « presser de haut en bas ». Avant d'être attribué à un état psychologique, le terme de « dépression » fut d'abord, et est aujourd'hui encore utilisé pour décrire une multitude de phénomènes : météorologique (baisse de la pression atmosphérique), économique (diminution du cours des marchés et krach boursier).

On le trouve en astronomie, en physique, en géographie, en anatomie. Cette notion de chute a conduit vers la fin du XIXe siècle à en qualifier par analogie certains états psychologiques.

La dépression n'a cependant pas attendu le XIXe siècle pour exister<sup>1</sup> et elle a été remarquée et décrite dès l'Antiquité.

Tour à tour maladie, péché, volupté, elle est « l'humeur qui nourrit les grands hommes », un mal fécond et dangereux. Entre le Xe et le XIIIe siècle les Pères de l'Église nommaient ce mal *acedia*, du grec « négligence » ; celui qui en était atteint était représenté la tête appuyée sur la main, les pieds posés l'un sur l'autre, le corps replié sur lui-même, soumis à « un fléau pire que la peste qui s'insinue dans l'âme des meilleurs fi dèles<sup>1</sup> » et qui leur masque la voie du salut. Au XVIIe siècle, elle entre dans le champ d'investigation de la médecine scientifique; la « mélancolie religieuse » remplace l'acédie ; certains mystiques sont considérés comme malades. La mélancolie, qui est une forme sévère de dépression selon nos critères actuels, attire l'attention par les particularités de la pensée dont elle s'accompagne, qualifiée de « délire partiel » par les aliénistes Pinel et Esquirol à la fin du XVIIIe siècle. Après un temps de transition à la Renaissance où cette souffrance signale la grandeur de l'esprit confronté à l'immensité du cosmos, elle devient, au XIXe siècle, la source d'inspiration par excellence du romantisme. Elle fut souvent considérée comme le prix à payer pour la liberté, le signe de l'indépendance humaine à l'égard de la nature, ce malaise existentiel traduisant la situation tragique de l'homme dans le monde, sa solitude dans l'univers et la perte d'une croyance en un retour possible au paradis. Le psychiatre allemand E. Kraepelin (1856-1926), en déclarant que la « psychose périodique maniaco-dépressive » est une maladie, fait défi nativement entrer la mélancolie dans le domaine médical (Clarisse Fondacci, 2009, p.11,12).

L'histoire a progressivement dépossédé les théologiens et les philosophes de ce trouble pour le confier, il y a un peu plus d'un siècle, aux aliénistes et aux psychiatres.

Après avoir eu sa planète, Saturne, la mélancolie a été assignée à résidence dans le corps ; la rate fut un moment l'origine de cette humeur noire et bilieuse. Aujourd'hui elle siège dans le cerveau (Clarisse Fondacci, 2009, p.12, 13).

## 1-Définitions de la dépression

- La dépression est une notion polysémique, elle désigne un ensemble hétérogène de troubles, associé à de nombreux facteurs psychosociaux et biochimique (Swendsen et 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, pouvant, survenir à la suite d'un événement aversif (perte, séparation, déception, échec, maladie..), lorsque le sujet ne dispose pas (ou croit ne pas disposer) des ressources (personnelles et sociales) nécessaires pour faire face.
- Le mot « dépression » veut dire « abaissement » ou « affaissement ». l'état de maladie intérieur pénible et douloureux qui envahit la personne et perturbe de façon importante et durable son fonctionnement quotidien fait partie des principaux symptômes de la dépression. Cependant, celle-ci est plus qu'un état de tristesse et d'abattement passager et elle diffère aussi d'un deuil normal qui survient suite à la perte d'un être cher. En revanche, ces états de tristesse et de pessimisme ne suffisent pas à eux seuls pour définir la dépression. En effet, cette dernière se présente sous de multiples facettes et se manifeste par un certain nombre de symptômes qu'il importe de considérer dans leur ensemble afin de la reconnaître (Emmanuel Habimana, Ph.D, Charlotte Cazabon, M.A, 2013, p.183).
- La dépression clinique est un ensemble de symptômes émotionnels, cognitifs, comportementale et somatique. le syndrome dépressif comprend des effets négatifs (découragement, 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 comportementale (retrait, fuite, isolement, fatigabilité, ralentissement et 4,3% des expressions triste ou figée ...) et somatique (fatigue, faiblesse, troubles de sommeil et de l'appétit, céphalées, vertiges, trouble digestifs...) (Marilou Bruchon-Schweitzer, Emilie Boujut, 2014, p.242)

## 2-Epidémiologie de la dépression

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

Le trouble dépressif majeur est en effet associé à un handicap significatif 3-5, de fréquentes comorbidités psychiatrique et somatique 3-5, ainsi qu'à une surmortalité prématurée 6.

L'analyse des données épidémiologiques issues des études consacrées à la dépression permet, d'une part, d'évaluer les besoins sanitaires et ainsi d'adapter l'offre de soins et participe, d'autre part, à l'identification des facteurs de vulnérabilité impliqués (Charles-Siegfried Peretti, 2013, p.1).

### **3-Les symptômes de la dépression**

La dépression entraîne un « **ralentissement** » dans tous les registres de la vie quotidienne : vie affective, fonctionnement intellectuel, forme physique, mécanismes vitaux et corporels.

Ce « ralentissement » se décline en multiples symptômes qui persistent pendant une longue durée. La liste ci-dessous peut vous aider à repérer certains de ces symptômes, sachant qu'une même personne peut ne pas les ressentir tous (Lamoureux, 2007, p.8).

#### **3-1-Forme physique : se sentir à bout**

##### **A-Fatigue :**

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

##### **B-Ralentissement général :**

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

#### **3-2-Vie affective : être à plat**

##### **A-Tristesse intense :**

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

**B-Incapacité à éprouver du plaisir :**

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

**C-Hypersensibilité émotionnelle :**

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

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

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

**E-Anxiété :**

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

**3-3-Fonctionnement intellectuel : voir tout en noir****A-Ralentissement intellectuel :**

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

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

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

**C-Dévalorisation de soi et culpabilité :**

La personne qui souffre de dépression ne se sent bonne à rien ; elle se pense sans valeur ; elle s'accuse d'être responsable des événements pénibles qu'elle vit et des émotions désagréables

qu'elle ressent. Cette impression lui paraît tellement définitive qu'il lui est difficile de demander de l'aide et de croire qu'un traitement peut changer quelque chose. (Lamoureux, 2007, p.13).

#### **D-Pensées négatives :**

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

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

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

### **3-4 Mécanismes du corps : tout se dérègle**

#### **A-Dégradation du sommeil :**

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

#### **B-Altération de l'appétit :**

L'appétit est le plus souvent diminué (les aliments semblent sans goût, l'assiette paraît trop remplie). La préparation des repas devient une corvée, leurs horaires se font irréguliers, leur composition déséquilibrée. La perte de poids est souvent un signe important pour établir le diagnostic de dépression. À l'inverse, on observe parfois une augmentation de la prise d'aliments (surtout sucrés) pouvant conduire à une prise de poids (Lamoureux, 2007, p.14).

#### **C-Problèmes sexuels :**

La sexualité est une fonction à la fois très biologique et très relationnelle. Ces deux dimensions étant très perturbées dans la dépression, il est logique que la vie sexuelle soit affectée. Le désir sexuel de la personne peut disparaître, son plaisir s'estomper. La réalisation de l'acte sexuel devient alors difficile. En conséquence, le conjoint a parfois l'impression d'être délaissé, ce qui accentue la tension dans la vie de couple (Lamoureux, 2007, p.14).

#### **D-Symptômes physiques :**

La dépression peut s'accompagner de douleurs (maux de tête, souffrances dans les articulations, problèmes digestifs...) et de dérèglements de certains indicateurs ou fonctions

du corps (tension artérielle, perturbation ou interruption des règles...) (Lamoureux, 2007, p.14).

#### 4-Les facteurs de la dépression

Face à une dépression, on recherche souvent des explications, et les premières questions qu'on se pose sont : « Pourquoi moi ? Que s'est-il passé ? À quoi est-ce dû ? Qu'ai-je fait ? » Notre besoin de comprendre et de donner un sens à ce qui nous arrive est un processus naturel, en particulier à l'occasion d'expériences douloureuses. Il est alors fréquent d'avoir recours à des explications d'apparence vraisemblables. On évoque alors des causes externes (« C'est parce que ça ne va pas dans mon travail », « Quand je n'aurai plus ces problèmes financiers, ça ira mieux », « J'ai besoin de rencontrer quelqu'un pour ne plus être seul(e) »...) ou bien des causes internes (« C'est de ma faute », « Je suis un(e) bon(ne) à rien », « Je n'ai jamais pu réussir comme les autres »...) Pourtant, ces interprétations sont le plus souvent très éloignées des « origines réelles » de la dépression. Elles constituent même ou vent un frein au processus de soin et de guérison, en nous retenant de consulter un médecin. La dépression, comme la plupart des maladies psychiques, ne provient pas d'un facteur unique. Elle résulte au contraire d'un ensemble de mécanismes de diverses natures, encore imparfaitement connus.

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

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

##### 4-1-Les facteurs biologiques

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

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

Il est difficile de savoir à l'heure actuelle si ces anomalies sont la cause initiale ou bien la conséquence de la dépression. Quoiqu'il en soit, leur correction et la restauration du bon fonctionnement des neuromédiateurs sont indispensables. C'est la principale fonction des



médicaments antidépresseurs. On sait aujourd'hui que la psychothérapie entraîne elle aussi ce type d'amélioration biologique si le dérèglement initial est modéré (Lamoureux, 2007, p.22).

#### **4-2-Les facteurs psychologiques**

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

Certains de ces mécanismes trouvent leur origine dans l'enfance(plus ou moins bonne qualité des premières relations avec les parents, premières expériences associées à un sentiment de perte, de solitude, d'impuissance, de culpabilité ou de honte...), d'autres peuvent être liés à des éléments plus actuels (traumatismes, deuils liés à la perte d'une personne, d'un idéal ou d'une image de soi).

Certains styles de comportements (sur les plans intellectuel, émotionnel, relationnel), ainsi que certains modes de défense psychologiques peuvent favoriser l'émergence et le maintien d'une dépression. Ainsi, certaines personnes souffrant de dépression expriment des croyances négatives (elles se croient par exemple « incapables » ou « indignes » de faire certaines choses...) ou n'envisagent que des perspectives pessimistes, à la fois pour le monde qui les entoure et pour elles-mêmes. Chez ces personnes, certains événements de la vie quotidienne, analysés sous leur angle le plus négatif, peuvent déclencher automatiquement des pensées dépressives, sans qu'il leur soit possible de faire appel à d'autres expériences plus positives.

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

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

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

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

## 5-Les formes cliniques de la dépression

### 5-1-La mélancolie

Elle est caractérisée par la gravité de la symptomatologie : l'humeur dépressive marquée par l'intensité de la culpabilité et de la dévalorisation , le pessimisme ( avec sentiment d'incurabilité ) et la douleur morale , l'intensité du ralentissement psychomoteur ou de l'agitation anxieuse , l'intensité du syndrome somatique avec anorexie et amaigrissement , l'anhédonie et l'anesthésie affective , le réveil matinal précoce et l'amélioration vespérale , le risque important de suicide.les symptômes peuvent s'y manifester selon des dominance variable.

La forme stuporeuse ou catatonique est marquée par l'inhibition totale de toute activité motrice et mimique. L'immobilité, le mutisme, l'absence de réaction à tout stimulus extérieur, les traits figés, l'attitude de refus en font un véritable négativisme douloureux.

La forme anxieuse est, tout au contraire, dominée par l'agitation, la sollicitation relationnelle incessante, la stérilité des interrogations, le risque de raptus suicidaire.

La forme délirante est marquée par une conviction délirante qui est au –delà de tout indice de la réalité objective, quelque fois étayée par une activité hallucinatoire auditive .le délire s'y montre souvent pauvre, monotone, monothématique .il est vécu passivement par le patient, dans un sentiment de résignation douloureuse et pénible. les thèmes ,congruents à l'humeur ,amplifient toutes les idées mélancoliques :autoaccusation délirante , indignité avec attente d'un châtement à la hauteur de la faute supposée commise : idées hypocondriaque avec la certitude d'être atteint d'une maladie incurable ou honteuse ;idées d négation d'organe ou de leur fonctionnement (intestin ,larynx) ;idées d ruine , de catastrophe ,de deuil (idée de la mort de proche , de la perte totale de ses biens , d'un cataclysme imminent ) .un forme délirante spécifique est connue sous le nom de syndrome de Costard qui associe classiquement des idées de négation de la personne et du monde extérieure , d'immortalité et de damnation éternelle.

À ces idées délirantes, on peut aussi bien rattacher les thèmes d'influence maléfique, de possession diabolique et de persécution, lorsque celle –ci est liée à la faute que le sujet s'accuse d'avoir commise. Il peut arriver que les thèmes ne soient pas congruents à l'humeur ; il s'agit, dans ces cas, d'idées de persécution ou d'influence (Vassilis Kapsambelis, 2015, p.566, 567).

### 5-2-Les dépressions névrotiques

Ce vocable recouvre des tableaux différents .d'une part ,des situations de réaction de conflits inconscients d'origine infantile ,faisant revivre au sujet une frustration précoce ou un vécu d'abandon .le facteur déclenchant repéré apparaît sans commune mesure avec l'intensité du tableau clinique : il s'agit d'un événement de la vie actuelle le plus souvent minime, auquel le patient confère une valeur traumatique ,en raison de ses carences affectives

précoces .d'autre part ,la décompensation d'une névrose déjà connue .la nature de l'épisode dépressif diffère souvent selon la névrose et les fixations concernées : la névrose obsessionnelle peut occasionnellement déboucher sur une décompensation mélancolique ;l'hystérie laisse affleurer a tout moment son vécu dépressif et en précipite la crise qui ,a l'inverse , parvient a décharger sa tension .

Dans tous les cas, on y reconnaît généralement une relative modération de la symptomatologie : l'auto apitoiement plutôt que l'indignité, l'intensité de la quête effective et du besoin de réassurance plutôt que la damnation, l'espoir de réactivité aux milieux extérieure plutôt que le retrait, l'inquiétude de l'avenir et l'anxiété plutôt que le pessimisme foncier. On notera que la tentative de suicide prend souvent une signification agressive relationnelle vis a vise d l'entourage .pour autant, et en particulier dans la névrose hystérique, le geste suicidaire, malgré son aspect théâtrale, n doit pas être minimisé, car il conduit a la mort dans un nombre non négligeable de cas (Vassilis Kapsambelis, 2015, p.567, 568).

### 5-3-La dépression réactionnelle

Elles suivent un événement de la vie actuelle qui perd une valeur traumatique. Ce sont ces dépression qui reste les plus proche du deuil .elle en gardent le caractère objectif d la cause , clairement reconnu par le patient et le médecine , même si la perte n'est pas seulement celle d'un être cher , mais aussi bien une rupture sentimentale , un échec professionnel, une situation existentiel difficile (solitude , revers de fortune ou autre difficulté matérielle).elles s'en différencient par le routeur sur soi le « *tædium vitae* », la perte de l'autoestime , qui indiquent la pathologie dépressive , quand bien même le coup du sort s'est montré particulièrement violent. Sachant aussi que le deuil, tout extrême qu'en soit la cause, peut se .dérober au classique « travail de deuil », pour devenir dépression.

On y rattacher la dépression d'épuisement, déclenchée par la répétition d'événement traumatique, ayant entraîné une surcharge émotionnelle prolongé, ou encore par des situations de surmenage professionnel a forte charge émotionnelle (Vassilis Kapsambelis, 2015, p.568).

### 5-4-Formes atypique, dépression masqué, équivalent dépressif

Au sens française du terme , la dépression atypique désigne un des modes d'entré dans la schizophrénie .mais au sens Anglo –saxon , il s'agit d'un étas dépressif dans lequel les signes somatique apparaissent comme inverse : l'hypersomnie remplace l'insomnie , l'augmentation d l'appétit remplace l'anorexie , entraînant une prise de poids , l'asthénie y st particulièrement intense, l'humeur y est très labile et reste réactive et sensible a l'ambiance , les traits de la personnalité sont d'allure histrionique.

Dans la dépression masquée, les signes dépressifs typiques sont masqués par des symptômes d'une autre nature. Ce sont avant tout des manifestation somatique , le plus souvent des douleurs : céphalées , algide cause organique , faciale (glossodynie ,odontalgie ), lombalgie

fixes et persistance .l'absence de cause organique , le flou de plaints ayant un retentissement disproportionné , la présence d signes dépressifs dénié par le sujet (trouble du sommeil ,irritabilité, « cafard ») permettent de faire le diagnostic.

Dans ce qui est appelé l'équivalent dépressif , les symptômes de la dépression n'apparaissent pas et l'épisode dépressif prend les apparence d'un tableau névrotique , phobique , obsessionnel ou hypocondriaque d'apparition récente ; ils peuvent être remplacé e par des troubles du caractère , des condition alimentaires (boulimie) ou sexuelle , des conduits toxicomaniaques ou des alcoolisation intermittentes (Vassilis Kapsambelis, 2015,p.568 ,569).

### 5-5-Les dépressions secondaires

On appelle « secondaire »l'étas dépressif qui apparaitre au cours de l'évaluation d'un tout autre tableau clinique.

Des épisodes dépressifs viennent régulièrement compliquer les manifestations des personnalités « limite »et psychopathique, dans les quelles la dégressivité, le sentiment d'abandon et l'impulsivité caractérisant les troubles de la structure.les tentatives de suicide y sont fréquent, impulsives et illustrent comment le passage a l'acte constitue, pour ces sujets la seule possibilité de décharger les tensions internes.

Dans la schizophrénie, l'épisode dépressif inaugure parfois la maladie, survenant de façons insidieuse .les symptômes de repli et d'isolement sont au premier plan est prennent une allure énigmatique. on y cherchera les éléments de dissociation, de préoccupation délirantes non congruentes a l'humeur, une angoisse aux tonalités psychotique .le diagnostique différentiel peut être parfois délicat avec un mélancolie délirante .la précession du délire sur la symptomatologie dépressive est un argument importante (critères de ségalas)

La dépression peut aussi être dite « secondaire » a une affection somatique .la dépression est parfois iatrogène, induite p a un certain médicament considérés comme dépressogènes .enfin, elle peut être secondaire, a un sevrage : alcool, benzodiazépines, toxique régime, alimentaire chez l'obèse. Nous reviendrons ultérieurement sur la dépression secondaire a un état démentiel (Vassilis Kapsambelis, 2015, p.569 ,570).

### 5-6-La dépression de l'adolescent

Ou cour de processuel de l'adolescent, le sujet accomplit un travail psychique qui s'apparente a un travail de deuil .ceci manifeste par un certaine nombre d'affectes prouvent évoque des symptômes dépressif, et peu par fois déboucher sur le véritable fondement dépressif.

La dépression apparaitre alors le plus souvent sous une forme masquée et très fluctueuse : plaintes somatique, asthénie, bouffée, hypocondriaque et dysmorphobique, trouble de

caractère, fugues, crise clastique, trouble des conduites alimentaire, conduites toxicomaniaques.

### 5-7-La dépression du sujet âgé

Elle des caractéristiques clinique spécifique : plaintes somatique, idées de ruine ....le diagnostic différentiel entre démence et dépression est délicat .les testes thérapeutique permettent souvent de les distinguer (Vassilis Kapsambelis, 2015, p. 570).

### 6-Evolution de la dépression

L'évolution spontané d'un épisode dépressif se faisait jadis , avant l'existence de traitement efficace , vers la guérison spontané e. on sait également que l'évolution être périodique, inscrivant son intermittence dans une forme dit « unipolaire »ou « bipolaire » de la maladie maniaco-dépressif .l'évolution peut être variable , ce qui est davantage le cas des dépression névrotique . On considère que la guérison de l'épisode actuel correspond à une période de rémission complet supérieure à 6 mois.

La dépression sera considéré comme cagonique lorsqu'elle évolue sans discontinuité durant plus de 2ans .cela concernerait 15 a 20% des épisodes dépressifs. Le retentissent social et professionnel st alors souvent invalidant. La pression chronique pose le problème difficile de sa distinction avec des traits de personnalités pathologiques.

La dépression est qualifiée de résistante après l'échec de deux antidépresseur de classe différentes prescrits a posologie dite efficace, pendant une période de 6 a 8 semaines .le risque de la résistance est le passage a la chronicité (résistance pendant plus d'un an après cinq essais thérapeutique menés selon les règles ). Les facteur biologiques de résistance sont lié a un traitement insuffisant , a l'inobservance du traitement par le sujet , ou au dépistage tardif de la dépression ;mais aussi a son association a une autre pathologie psychiatrique , a une addiction non traité (alcoolisme),ou a une maladie organique , un traitement dépressogène .il existe aussi des facteurs psychologique de résistance tels qu'un événement déclenchant particulièrement douloureux (deuil d'un en enfant ,condition de vie difficiles et pérennes ).ou inconscients (« besoin de punition inconscient », Freud ; 1932).il convient réanimons de souligner que l'impression d résistance peut découler de l'impression de limites entre épisodes dépressifs et troubles de la personnalité, avec une dégressivité constitutionnelle incitant a des prescriptions médicamenteuses , alors que les indications sont contestables.

Enfin à dépression saisonnière est u n tableau spécifique touchant le plus souvent la femme. De début précoce, son évolution est périodique avec un période dépressive automniale ou hiernale, et un redressement, voir une inversion de l'humeur au printemps ou en été. La symptomatologie, d'intensité moyenne, est marquée par une hyperphagie (aliments sucrés), une prise de poids, une hypersomnie .le traitement par exposition a la lumière

(photothérapie) pendant la période dépressive est souvent efficace (Vassilis Kapsambelis, 2015, p.570 ,571).

## **7- Les Approches théorique de la dépression**

Il existe plusieurs approches théoriques de la dépression, psychanalytique, cognitive, biologique.

### **A) L'approche psychanalytique**

Évoque « la perte d'objet »(ou des fantasme de perte), un besoin de dépendance insatisfait ou l'inhibition de l'agressivité. Freud rattache la dépression de psychopathologie de deuil, Mélanie Klein en propose une approche développemental : la position dépressive, modalité particulier de relation d'objet, apparait vers le sixième mois de la vie et marqué par l'ambivalence.

### **B) L'approche biologique**

Les travaux mené sur les jumeaux suggèrent qu'il existe une pré-déposition génétique aux dérégulation de métabolisme de certaine neuromédiateur(sérotonine- noradrénaline – dopamine – cortisol etc.),qui rendrai les individu plus sensible aux événements aversif et plus enclins au troubles du l'humeur (Kendler et al ., 2005).si certains traitements pharmacologique on bien un effet antidépresseur , il sont surtout efficaces lorsque il sont associe a une psychothérapie , ce qui plaide en faveur d'une étiologie multifactoriel de la dépression.

### **C) L'approche cognitive**

Certaines approches cognitive de la dépression comme celle d Beck ou la théorie de l'impuissance de désespoir de Sligman ,abramson ou Alloy, s'accordent globalement sur l'étiologie des troubles dépressifs malgré quelques divergences .ceux-ci seraient induits par des événements négatives et par une carence de renforcements positives .plus que les événements eux – mêmes, ce serait la façon dont l'individu se les représente qui joue un rôle étiologique. Selon Beck (1987 -2009), la dépression résulte de l'interaction entre des événements stressants et des cognitions erronés et rigides, dominées par le thème de la perte et par une vision négative de soi, du monde et de l'avenir qui conduit a des sentiments d'infériorité, d'échec et de désespoir.

Pour Sligman (1975), le fait de vivre des événements incontrôlables induit une impuissance apprise (learned helplesnece).les individus, confrontés a des événements négatives (pertes, échecs etc.).font des inférences internes , stables et générales ;si ces événements sont importants pour le sujets ,il s'auto-déprécie ,ce qui peut le mener ou désespoir (Abramson , Metalsky et Alloy ,1989).d'après des formulations récentes de la théorie de l'attribution , l'interaction entre des événements aversives incontrôlables et un style attributionnel particulier (attribuer ses échecs a des causes internes , stables et globales) active des

cognitions d'impuissance –désespoir et facilite l'émergence de symptômes dépressifs (Marillou Bruchon-Schweitzer, Emilie Boujut ,2014 , p. 242, 243)

## **8-Les classifications de la dépression :**

### **8-1-La classification originaire de CRAEPELIN :**

- La conception de Kraepelin opposait :
- La dépression endogène (dépression de la PMD),
- La dépression psychogène (dépression névrotique),
- La dépression d'involution,
- La dépression symptomatique d'une autre affection,
- La personnalité pathologique dépressive,

Cette conception était fondée sur des critères descriptifs, mais tenait compte de l'évolution des pathologies ; en outre ; certains critères étiopathogéniques intervenaient subtilement (visibles notamment dans les termes « endogène » et « psychogène »).

Et dans la pratique clinique, elle aboutissait principalement A opposer dépression endogène et dépression psychogène, les autres ne représentant qu'un petit nombre de sujets. La dichotomie entre endogène et psychogène repose sur quatre arguments principaux :

- 1-La dépression psychogène serait réactionnelle à un événement causal précipitant.
- 2-Sur le plan sémiologique, on peut opposer la dépression endogène (ralentissement psychomoteur, idées de culpabilité, signes somatiques)et la dépression psychogène ( sans ralentissement ni signes somatiques)mais avec tendance a rejeter la responsabilité sur autrui.
- 3-la dépression psychogène voit sa symptomatologie se modifier en fonction du milieu environnant.
- 4- du point de vue des antécédents familiaux la PMD est fréquente dans les familles de patients présentant une dépression endogène alors que ce sont d'autres troubles qui se retrouvent chez les déprimés psychogènes.

Dans son aspect le plus courant cette conception oppose donc en fait les dépressions névrotiques et réactionnelles à la mélancolie intégrée ou non à une psychose dépressive.

Ce type de classification, pour efficace qu'il soit, présente néanmoins le désavantage de ne pas être fiable et d'être plus interprétatif que descriptif. Bien que cette classification ne soit plus d'actualité, on en trouve des traces dans les usages empiriques de certains cliniciens, d'autant que les conceptions psychopathologiques ont souvent revendiqué la notion de « psychogène » et de « personnalité » avec, parfois, grande pertinence (Colin, 2005, p.68, 69).

**8-2-La dépression selon le DSM-V**

Les troubles dépressifs comportent :

Le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle.

Le trouble dépressif caractérisé (incluant l'épisode dépressif caractérisé).

Le trouble dépressif persistant (dysthymie).

Le trouble dysphorique prémenstruel trouble dépressif induit par une substance/un médicament.

Le trouble dépressif dû à une autre affection médicale.

Le trouble dépressif autre spécifié.

Le trouble dépressif non spécifié.

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

**I)-Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle :**

Les critères diagnostiques sont :

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

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

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

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

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



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

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

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

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

## **II)-Trouble dépressif caractérisé :**

Les critères diagnostiques sont :

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

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

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

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

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

4-insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **III-Trouble dépressif persistant (dysthymie)**

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

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

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

1-Perte d'appétit ou hyperphagie.

2-insomnie ou hypersomnie.

3-Baisse d'énergie ou fatigue.

4-Faible estime de soi.

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

6-Sentiments de perte d'espoir.

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

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

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

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

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

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

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

Les critères diagnostiques sont :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les critères diagnostiques :

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

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

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

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

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

#### **VI)-Autre trouble dépressif spécifié :**

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

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

**A. Dépression récurrente brève :** présence simultanée d'une humeur dépressive et d'au moins quatre autres symptômes dépressifs pendant 2 à 13 jours au moins une fois par mois (non

associé au cycle menstruel) pendant au moins 12 mois consécutif chez une personne qui n'a jamais présenté un tableau clinique répondant aux critères d'un autre mois (non associé au cycle menstruel) pendant au moins 12 mois consécutif chez une personne qui n'a jamais présenté un tableau clinique répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne répond pas actuellement aux critères (complets au résiduels) d'un trouble psychotique.

**B. Épisode dépressif de courte durée (4 - 13 jours):** présence d'un affect dépressif et d'au moins quatre des huit autres symptômes d'un épisode dépressif caractérisé associé à une détresse ou un handicap cliniquement significatifs et persistent pendant plus de 4 jours, mais moins de 14 jours, chez une personne qui n'a jamais présenté un tableau clinique répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne répond pas actuellement aux critères (complets ou résiduels) d'un trouble psychotique ni à ceux d'une dépression récurrente brève.

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

### VII)-Le trouble dépressif non spécifié

Cette catégorie comprend des tableaux cliniques ou prédominant des symptômes caractéristiques d'un trouble dépressif qui provoquent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, -professionnel ou dans d'autres domaines important mais qui ne répondent complètement aux critères d'une classe diagnostique de trouble dépressif

La catégorie « trouble dépressif non spécifié » est utilisée dans les situations où le clinicien choisit de ne pas spécifier la raison pour laquelle les critères ne correspondent pas à un trouble dépressif spécifique, et inclut les troubles pour lesquels les informations sont insuffisantes pour porter un diagnostic plus spécifique (p.ex. dans les services d'urgence).

### 8-3-Critères de la CIM-10

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

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

Les épisodes dépressifs sont repris sous les rubriques suivantes :

F32 : Episodes dépressifs

F32.0 Episode dépressif léger

F32.1 Episode dépressif modéré

F32.2 Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

F32.8 Autres épisodes dépressifs

F32.9 Episodes dépressifs non spécifiés

F33 : Trouble dépressif récurrent

F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode léger

F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode modéré

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

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

F33.4 Trouble dépressif récurrent, en rémission

F33.8 Autres troubles dépressifs récurrents

F33.9 Troubles dépressifs récurrents non spécifiés

F34 : Troubles de l'humeur persistants

F34.0 Cyclothymie

F34.1 Dysthymie

F34.8 Autre troubles de l'humeur persistante

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

F38 : Autres troubles de l'humeur

F39 : Troubles de l'humeur non spécifiés (Kristina Bayingana-Jean Tafforeau, 2002, p.p.7, 8).

### 8-4-Correspondance du DSM-IV avec la CIM-10

Les experts qui ont préparé la CIM-10 et le DSM-IV ont travaillé en collaboration permettant ainsi d'augmenter la concordance entre les deux systèmes. Les codes et les termes utilisés dans le DSM-IV sont compatibles avec ceux de la CIM-10.

Afin d'augmenter la spécificité du diagnostic, d'aider au choix du traitement ou d'améliorer les prévisions pronostiques, un certain nombre de spécifications sont proposées dans le DSM-IV. Pour les troubles dépressifs majeurs, les spécifications suivantes sont utilisées :

L'épisode dépressif majeur peut être :

- Léger ;
- Moyen ;
- Sévère sans caractéristiques psychotiques ;
- Sévère avec caractéristiques psychotiques ;
- En rémission partielle ;
- En rémission complète ;
- Chronique ;
- Avec caractère saisonnier : la dépression saisonnière aurait un rapport avec la quantité de lumière que reçoit une personne. Les symptômes rencontrés sont le manque d'énergie, la fatigue, augmentation de l'appétit lorsque les jours deviennent plus courts et sans soleil ;
- Avec caractéristiques catatoniques : troubles psychomoteurs majeurs, stupeur, agitation...
- Avec caractéristiques mélancoliques : autrefois appelés « d'origine endogène » avec la nécessité du recours à un traitement médicamenteux ;
- Avec caractéristiques atypiques ;
- Avec début lors du post-partum : survient généralement chez la femme plusieurs semaines voire plusieurs mois après l'accouchement.

En ce qui concerne la dépression, les critères diagnostics de la CIM-10 sont composés de dix symptômes. Les seuils de sévérité de l'épisode sont déterminés par la présence d'un certain nombre de symptômes. La différence avec le DSM-IV est que la CIM-10 propose une série de critères indépendants pour chaque degré de sévérité (léger, moyen, sévère) d'un épisode dépressif majeur.

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

symptômes précédents, un symptôme supplémentaire est pris en compte : « réduction d'énergie et augmentation de la fatigabilité ».

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

En résumé, on pourrait dire que les classifications utilisées sont essentiellement la classification DSM ainsi que la CIM-10. Leur objectif est essentiellement le diagnostic de la dépression en clinique. Ces deux systèmes sont très proches par les différents critères nécessaires pour poser le diagnostic de la dépression. Dans les études épidémiologiques, bien qu'elles existent, les différences dans les résultats basées sur le choix du système de classification (DSM-IV ou CIM-10) ne sont pas très importantes, ce sont plutôt les instruments de mesures qui feront la différence. Il est donc nécessaire de s'intéresser davantage à cet aspect (Kristina Bayingana-Jean Tafforeau, 2002, p.p. 8,9).

## 9-La Dépression et le risque de suicide :

La dépression est la première cause de suicide : près de 70 % des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent non diagnostiquée ou non traitée.

Les idées de suicide sont fréquentes dans la dépression (elles font d'ailleurs partie des symptômes de la maladie), elles méritent dans tous les cas d'être signalées à un professionnel de santé afin d'en parler et de les désamorcer.

Il est important de savoir que :

- les personnes suicidaires ne veulent pas nécessairement mourir mais souhaitent plutôt mettre fin à une souffrance devenue insupportable ;
- l'immense majorité des personnes en proie à des idées de suicide ne feront pas de tentative ;

La crise suicidaire est une période critique, marquée par un envahissement des émotions, par de grandes difficultés pour se concentrer, par le sentiment profond d'avoir tout essayé et que rien ne marche pour être soulagé. Le vécu d'impuissance est majeur. Cette crise suit souvent un processus qui comporte plusieurs « stades » ou « paliers » : la personne a d'abord des « flashes » (visions brèves qui donnent l'impression de devenir fou), puis des idées de suicide plus ou moins fréquentes et intenses contre lesquelles elle va lutter mais qui peuvent éventuellement l'envahir ; elle risque alors de passer aux stades de l'intention (prise de décision), de la planification (recherche du moyen, du lieu, des circonstances et du moment) et de la mise en œuvre de son suicide.



Ce processus n'est cependant jamais inéluctable, il peut être arrêté à tout moment. C'est pourquoi, répétons-le, il est primordial d'en parler à un professionnel de santé. Il est possible de se rendre à toute heure du jour ou de la nuit aux urgences de l'hôpital le plus proche, dans un Centre d'accueil et de crise ou encore d'appeler un centre d'appel spécialisé. (Lamoureux, 2007, p.12).

## **10-Le traitement de la dépression :**

La dépression est une maladie pour laquelle il existe actuellement plusieurs traitements :

- Les traitements médicamenteux ;
- L'électroconvulsiothérapie ;
- les psychothérapies ;

Un traitement médicamenteux sera plutôt utilisé si la symptomatologie dépressive est importante ou si le patient ne peut pas suivre une prise en charge psychothérapeutique.

L'aspect psychothérapeutique peut être suffisant dans les dépressions d'intensité légère à modérée ou lorsque les facteurs psychologiques jouent un rôle important.

D'une façon idéale, le traitement des troubles dépressifs comprendra une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique.

### **10-1 Les traitements médicamenteux :**

Nous n'allons pas détailler les mécanismes d'action des antidépresseurs car il s'agit d'un très vaste domaine qui dépasse le cadre de ce dossier. Les mécanismes d'action des antidépresseurs sont assez complexes et ne sont pas encore entièrement élucidés.

Les traitements médicamenteux indiqués pour les dépressions sont les antidépresseurs et les sels de lithium. La découverte des antidépresseurs (aussi appelés thymoanaleptiques) est assez récente (1957) mais depuis lors un bon nombre de traitements existent pour traiter la dépression. La classe pharmacologique des antidépresseurs est assez hétérogène.

Les antidépresseurs sont capables d'améliorer l'humeur dépressive moyennant un délai de quelques semaines.

#### **➤ - Les différents antidépresseurs :**

On distingue classiquement trois grandes familles d'antidépresseurs : les tricycliques, les inhibiteurs de monoamine oxydase (IMAO) et les antidépresseurs de génération récente (non tricycliques, non IMAO). Tous ont en commun la propriété d'augmenter le taux de certaines

monoamines cérébrales dont la teneur au niveau des synapses est insuffisante chez les personnes dépressives (dopamine, noradrénaline, sérotonine).

- **Les antidépresseurs tricycliques (ATC) :** ces traitements ont été les premiers à être découverts et utilisés. Ils sont considérés comme les plus efficaces notamment dans les dépressions endogènes, cependant ils sont aussi associés à plusieurs effets indésirables. Ils peuvent entraîner des réactions anxieuses ou délirantes. D'autres effets secondaires sont possibles comme : La sécheresse buccale, une baisse de la tension artérielle et certains troubles du rythme cardiaque. Enfin, la prescription de ces médicaments aux malades ayant un risque suicidaire élevé doit se faire avec prudence, car le surdosage est particulièrement dangereux.
- **Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) :** en inhibant l'activité de la monoamine oxydase, les IMAO augmentent la concentration synaptique de l'ensemble des monoamines, en particulier, de la noradrénaline, de la sérotonine et de la dopamine.

On fait la distinction entre les IMAO « anciens » qui sont non sélectifs et irréversibles et les IMAO « nouveaux » sélectifs et réversibles.

Les antidépresseurs « anciens » ont une efficacité comparable à celle des tricycliques de référence mais ne sont jamais proposés comme traitement de première intention et sont réservés plutôt aux états dépressifs résistants. Ces médicaments peuvent provoquer des crises hypertensives (interaction avec la tyramine contenue dans certains aliments).

Il existe deux formes de monoamine oxydase (A et B) différant l'une de l'autre par l'affinité de la forme A pour la noradrénaline et la sérotonine, et la forme B pour la dopamine. Dans les IMAO « nouveaux » on distingue les inhibiteurs sélectifs et réversibles de la monoamine oxydase A ou B. L'efficacité thérapeutique de ces traitements par rapport aux anciens est identique mais ils présentent une meilleure acceptabilité et une meilleure sécurité.

- **Les antidépresseurs de génération récente :** plus sélectifs dans leur mode d'action et mieux tolérés, ces produits sont largement utilisés en première intention dans le traitement de la dépression. On les classe en fonction de leur impact biologique prévalent. Il existe ainsi les antidépresseurs dopaminergiques, noradrénergiques, et sérotoninergiques.

Les antidépresseurs sérotoninergiques sont inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (SSRI). Ils sont beaucoup plus récents et se sont beaucoup développés, en raison d'une efficacité semblable à celle des tricycliques (très peu d'effets anticholinergiques) et d'une absence de toxicité cardiaque.

Parmi les effets secondaires des antidépresseurs que l'on peut observer, les troubles de la sexualité sont les plus fréquents et les plus persistants. La dépression peut entraîner un problème de sexualité qui est souvent masqué par les autres symptômes. En outre plusieurs travaux ont montré que le traitement antidépresseur pouvait induire également des dysfonctionnements sexuels. Une revue de la littérature indique que les antidépresseurs

peuvent causer dans 30 à 40% des cas un certain degré de dysfonctionnement sexuel. Bien entendu cet effet est plus ou moins fort selon le type d'antidépresseur et ceci est pris en compte par le prescripteur.

Les autres effets indésirables sont les troubles digestifs (nausées, constipation, anorexie, vomissements). Les différents types d'antidépresseurs peuvent avoir aussi comme effet indésirable l'inversion de l'humeur du malade et le conduire vers un état maniaque. Cependant on ne sait pas exactement s'il s'agit d'un effet du médicament uniquement ou plutôt de la vulnérabilité du malade pour les troubles maniaques.

Il peut y avoir également des problèmes lors de l'arrêt du traitement «discontinuation symptômes ». L'arrêt des prises se fait donc graduellement.

- **Sels de lithium** : les sels de lithium sont actifs dans la prévention des phases maniaques et dans une moindre mesure, des épisodes dépressifs des psychoses maniaco-dépressives. Ils peuvent aussi être utiles dans la dépression unipolaire, lorsqu'il s'agit de dépressions récidivantes ou résistantes, de troubles atypiques de l'humeur. L'effet du lithium ne se manifeste qu'après 2 à 3 semaines de traitement (Kristina Bayingana-Jean Tafforeau, 2002, p.p.62, 63).

### 10-2 L'électroconvulsiothérapie (ECT)

Malgré parfois leur mauvaise presse, les électrochocs peuvent être indiqués, en urgence, lorsque la gravité de l'accès ne permet pas l'attente durant le délai d'action de l'antidépresseur, c'est à dire en cas de risque suicidaire, somatique (refus alimentaire), ou de troubles du comportement graves : mélancolie anxieuse, stuporeuse ou délirant (en particulier syndrome de Cotard). L'ECT peut également être utilisée d'emblée, en cas de contre-indications, et secondairement, en cas de résistance à ces médicaments. Enfin son efficacité est reconnue chez le sujet âgé, dans les cas de pseudo-démence dépressive, d'emblée ou secondairement.

Une fois la rémission des symptômes obtenue par la cure d'ECT, le relais doit être pris par un antidépresseur à dose efficace, pendant la durée nécessaire à la guérison de l'épisode (Vassilis Kapsambelis, 2015, p.576).

### 10-3 les psychothérapies :

Chez les sujets dépressifs, le trouble de l'humeur s'accompagne de répercussions négatives sur l'ensemble du vécu.

L'approche psychothérapeutique est essentielle dans la prise en charge de la personne dépressive.

### 10-3-1-La thérapie cognitive-comportementale :

Ce type de thérapie aide à dépasser les blocages en brisant le cercle vicieux des pensées négatives. Grâce à des encouragements positifs, les pensées qui provoquent de la peur disparaissent peu à peu.

#### • L'auto persuasion :

Le terme parle de lui-même. En se répétant des instructions, à voix haute ou dans sa tête, on peut éliminer des habitudes de pensées négatives. Si vous appreniez à jouer un nouveau morceau de piano et que vous butiez toujours sur le même passage, il suffirait de le répéter, encore et encore, pour supprimer la difficulté. Nous pouvons faire pareil pour notre manière de penser. Souvent, cela aide de noter sur le papier des pensées négatives et de les remplacer mentalement, lorsque l'on est détendu, par d'autres positives. Cette manière d'agir deviendra ensuite automatique lorsque vous serez dans une situation inconfortable. Par exemple, une personne effrayée de se confronter à l'autorité (ses parents, son chef ...) peut se répéter : « Je ne suis plus un enfant. Je suis en sécurité. Ma confiance grandit, etc. »

Choisissez l'une des formulations proposées ci-dessous, que vous sentez appropriée à votre situation, et ajoutez-y d'autres qui pourraient vous aider. Notez-les sur des fiches.

1. Ce besoin incessant de parler signifie que je suis tendu et que j'ai besoin de me détendre davantage.
2. Je serai patient envers moi-même. Je redeviendrai responsable.
3. je suis en train d'aggraver cette crise d'angoisse?

Ai-je faim ? Des difficultés à respirer ?

5. Je vais de en mieux, jour après jour et à chaque instant. Je suis une personne merveilleuse. J'ai le droit d'être en bonne santé.

Avez-vous identifié la ou les peurs qui vous minent ? les plus courantes sont : la mort, l'autorité, la blessure, la maladie, le vieillissement, la solitude, l'échec, la responsabilité, les relations personnelles et la sexualité (Shirley Tricket , 2013, p.123, 124).

#### •Les pensées négatives

Certaines de vos pensées négatives résultent peut-être d'une attente irréaliste de la manière dont vous pensez que vous ou d'autres personnes devraient se comporter. Ces pensées vous obnubilent-elles à un point tel que votre vie en est affectée ?

Qu'attendez-vous des autres ? Certaines de vos espérances sont peut-être déraisonnables : on doit m'aimer tout le temps; s'ils ne font pas ce qu'ils ont dit, c'est qu'ils ne m'aiment pas ; s'il ne remarque pas que je suis fatiguée alors il est impossible qu'il soit amoureux de moi; si elle

n'est pas d'accord avec tout ce que je dis, c'est qu'elle est contre moi; j'ai besoin d ' un engagement total dans une relation (ou n'est-ce pas plutôt un contrôle total ?) , etc.

Qu'attendez-vous de vous-même e? La personne la plus cruelle envers vous est souvent ... vous-même :si je m' emporte, plus personne ne m ' aimera; si je n ne suis pas sur mon trente et un, il ne sera pas amoureux de moi; si je ne fais pas tout ce qu' elle veut, elle me quittera; si je n' obtiens pas de bonnes notes, elle ne m'aimera pas; si je ne rentre pas passer Noël en famille , elle pensera que je ne l ' aime pas ; je ne dois montrer aucune faiblesse, etc. N'auriez-vous pas plutôt trop de soutiens et de réconfort ? Les personnes malades ont souvent besoin d'être dépendantes pendant un certain temps mais, si cela dure trop longtemps, elles ne parviendront pas à guérir (un effet qui est similaire à un traitement médicamenteux prolongé).L' effort nécessaire pour soutenir une personne trop fragile psychologiquenl pendant une longue période peut également avoir de sérieuses conséquences sur la santé des proches (Shirley Trickett, 2013, p.124, 125).

#### •La dépendance aux autres

Les personnes prises au piège par des pensées terrifiante sou négatives ont souvent besoin d'être, en permanence, rassurées. Cela ne procure qu' 'un soulagement provisoire et, au bout du compte, la personne en souffrances retrouve, de plus en plus, dans la demande. C'est ce que l'on pourrait appeler une névrose de réassurance. Cela ne survient pas uniquement lors d'une thérapie, mais également dans une relation entre personnes. Certains deviennent si dépendants de leur partenaire qu'ils ne peuvent pas supporter l'idée d'être loin d'eux, ne serait-ce qu'une minute. Cela met souvent une forte pression dans un couple. La personne en souffrance pense uniquement à sa peur. Elle peut aller jusqu' à vouloir que son partenaire reste éveiller tant qu'elle ne dort pas voire, parfois jusqu' à refuser de rester seule à la maison, si bien que le conjoint est dans l'obligation de lui trouver une « baby-sitter».

Si vous trouvez que votre partenaire est trop «exigeant», il faut le lui dire, même si vous risquez une crise de larmes ou de colère. Il n'est ni réaliste ni bénéfique de tout accepter et de vous taire, quelle que soit l'empathie dont vous fassiez preuve. Il est également important d'empêcher la personne en souffrance de rabâcher tout ce qu'elle ressent. Insistez pour qu'elle parle de ses symptômes pendant un temps limité, disons durant 10 ou 15 minutes après le dîner. Au début, elle se ra en colère et vous reprochera de ne pas avoir de cœur. Tenez bon et rappelez-lui que l'objectif est qu'elle retourne à la normalité - ce qui ne se fera pas d ' un coup de baguette magique.

Traiter cette dépendance. Une thérapie comportementale encouragera la personne suivie à éviter de lui apprenant l'importance à se rassurer elle-même. Bien évidemment, il n'est pas réaliste de s'attendre a ce qu'elle y parvienne sans qu'elle ait compris, au préalable, comment elle réagit ni sans qu'elle sache se détendre.

Rien n'est plus humiliant que le besoin constant d'avoir quelque ' un à ses côtés, physiquement ou par téléphone, afin de parvenir à passer toute une journée. Dans ce cas, vous avez intérêt à utiliser l'auto persuasion (Shielely Trickett, 2013, p.125).

### 10-3-2 Les thérapies psychanalytiques :

La psychanalyse vise à comprendre la genèse du symptôme et à rendre au sujet l'énergie immobilisée par ses conflits inconscients. Une relation de transfert s'établit entre le patient et le thérapeute. Ce travail portant sur l'inconscient du malade ne peut être entrepris avec succès que par un thérapeute qui a lui-même vécu l'exploration de son propre inconscient. D'où la nécessité d'une psychanalyse personnelle préalable pour le thérapeute.

La psychanalyse est une analyse du Moi effectuée dans le but d'en renforcer la puissance par la modification de ses structures. À la fois entreprise commune et combat du malade et du psychothérapeute, la cure psychanalytique n'est jamais une simple série de consultations, mais bien une aventure à deux. Le psychanalyste devient ainsi une sorte d'agent catalyseur attirant sur lui et cristallisant les sentiments confus dont le patient se décharge. Ce phénomène de transfert représente une des phases essentielles de la cure psychanalytique.

La psychanalyse implique le plus souvent, pour être couronnée de succès, l'engagement sincère du malade, engagement auquel il tente à diverses reprises de se dérober mais qui, en fin de compte, reste effectif jusqu'au bout (J.Palazzolo, 2007, p.46).

### Synthèse

Rendre meilleure la vie du patient déprimé revient certes à la rendre moins douloureuse, a fortiori la conserver en cas d'idées de suicide, mais surtout, à favoriser l'actualisation des potentialités de la personne, soit à remonter jusqu'aux déterminants du Soi qui se trouvent mis en question dans l'impossibilité de surmonter la situation dépressogène.

# **Chapitre IV**

## **La partie méthodologique**

## Préambule

Ce chapitre méthodologique sera consacré à la présentation de différents techniques adoptés, et les étapes qu'on a suivis dans notre travail de recherche pour une meilleur organisation et planification d'un travail scientifique, et de collecte des informations et des donnés qui vont nous permettre de mesuré et de comprendre la nature de la dépression chez les hémodialysés.

Dans ce chapitre on va présenter la méthode sur laquelle s'est basée notre recherche ainsi la population d'étude et les outilles qu'on a utilisé dans notre recherche.

## 1-la présentation de lieu de recherche

### Historique

L'établissement public hospitalier de Kherrata Député le 03 Mai 2008.

- c'est un établissement à une clientèle multi régionale dont les régions de certaines communes comme (Kherrata, Ait smail, Borj mira, Darguina, Souk El Tenine).

-Le secteur sanitaire de Kherrata devient un Établissement Public Hospitalier et le pôle stratégique de la commune.

-Il est de capacité de 102 lits répartie en plusieurs services.

### Situation géographique

L'EPH de Kherrata est situé au sud-est de la wilaya s'étend sur trois daïra: (Kherrata, Darguina, et Souk El Tenine), couvre une population d'enverrons 136000 Habitants, occupe une superficie d'enverrons 485Km<sup>2</sup>.

### Les structures sanitaires hospitalières

- Médecine générale
- Chirurgie générale
- Maternité
- Pédiatrie
- Hémodialyse

-Cet hôpital se compose de plusieurs services, mais nous on s'est intéressé au service d'hémodialyse qui accueille des malades atteints d'insuffisance rénale chronique.

- Le service se présente de :

- 3 médecins.
- chef de service.
- secrétaire.
- technicien de machine.
- médecin de garde.



- des infirmiers.
- un psychologue.

-Le service travaille avec trois groupes de patients par jours, les deux premiers groupes compose de 12 patients et le 3<sup>ème</sup> groupe compose de 08 patients.

-ce service a 12 lits, et en cas d'urgence ils ont un générateur réservé et un autre en cas de la panne.

- le nombre de malades et de 64 patients.

## 2-La pré-enquête

C'est l'étape la plus importante dans la préparation d'un mémoire, dont l'objet et de recueillir plus d'information sur le thème de recherche et d'avoir des renseignements sur le terrain, et c'est ce qui va nous permettre la bonne application, de nos outils de recherche, en revanche elle va nous permettre d'apporter et d'élaborer des changements et des modifications à notre problématique et la formulation des hypothèses, et de faciliter l'élaboration de guide d'entretien.

Durant notre pré-enquête on a choisi l'établissement qui traite les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique par hémodialyse de Kherata qui est adéquate à notre situation.

Durant notre visite on s'est présenté à des étudiants en master 2 psychologie clinique d'université d'Abderrahmane Mira de Bejaia pour un mémoire de fin de cycle.

Après l'accord du chef de service de l'établissement et le psychologue de service, nous sommes allés à la salle de dialyse pour voir les patients et on s'est présenté à des psychologues stagiaires ou nous avons obtenu le consentement de quelques sujets et nous avons commencé notre recherche sur le terrain. On a fait notre pré-enquête d'une durée de 10 jours de 05 avril au 15 avril.

## 3-la méthode utilisée

### • La méthode clinique

La méthode clinique est avant tout une pratique. Le terme « méthode clinique » (au singulier), regroupe un ensemble de techniques qui ont en commun de produire des informations concrètes sur la personne ou la situation posant un problème et /ou révélant une souffrance. Le travail du psychologue a pour objet l'individu –et non pas la population : la méthode clinique rapporte les faits observés à l'individu et s'organise autour de l'étude des cas.

La méthode clinique guide une activité pratique visant à la reconnaissance et à la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans l bute de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple ),une mesure d'ordre sociale ou éducatif ou une forme de conseil .la méthode clinique vise donc à créer une situation de rencontre ,avec un degré faible de contrainte ,en vue d'un recueil d'information qu'elle souhaite le plus large et le moins artificiel possible en donnant au sujets des possibilités d'expressions .Sa spécificité repose sur son refus d'isoler ces informations et sa tentative de les regrouper les replaçant dans la dynamique individuelle (Jean-Louis Pardinielli,2012,p.34 ,35).

#### • L'étude de cas

En psychologie clinique ,elle vise à se dégager des aspects des subjectivants de la population médicale .définie comme la reconnaissance d'un trouble en appliquant au cas individuel des données générales accommodées aux particularités à la lumière d'une doctrine , «l'étude de cas» en psychologie clinique tente de reconnaître le sujet ,de restituer sa singularité , et non pas de décrire la pathologie qu'il présente .en ce sens ,elle est plus une méthode générale de réflexion sur l sujets psychologique qu'une technique comparable à l'entretien ou au dessin .el est une exigence dans le regroupement des informations provenant des techniques employées et dans leur intégration.

Dans la pratique, le recueil des éléments et leur interprétation s'opèrent en référence à l'histoire singulière de l'individu .dans le domaine de la recherche ou de la théorie , «l'étude de cas »est un des moyens de constitution et de validation des hypothèses et des interprétations. (Jean-Louis Pardinielli, 2012, p.64 ,65).

## 4- Les techniques de recherche

#### • L'entretien clinique

L'entretien en psychologie clinique est une situation d'échange de paroles entre au moins deux sujets qui occupent des positions dissymétriques .il peut se situer dans l cadre d'une relation d'évaluation , de soin d'aide ou de conseil .il a plusieurs buts :permettre de dire ,écouter ,informer ,recueillir, fait dire mais aussi dire quelque chose au sujet .différents types d'entretien (directif , semi directif ou non-directif )correspondent aux cadres et aux objectifs évoqués ;le choix est à faire en fonction de la visée de la rencontre .

La conduite de l'entretien dépend des référents théoriques du clinicien .il s'agit de créer les conditions d'un parole suffisamment libre, ce qui nécessite de la part du clinicien une attitude de non jugement personnel à visée du matériel apporté .les notions de neutralité bienveillante, empruntée à la psychanalyse, et d'empathie –empruntée au courant théorique de Carl Rogers sont souvent employées pour décrire la posture de clinicien

La relation créée lors de l'entretien, dissymétrique de fait, favorise le déplacement de mouvements psychique plus ou moins conscients : le clinicien devient l'objet d'attentes, de demandes, d'idéalisation, d'agressivité .....la réflexion

Développé par la psychanalyse sur la notion transfère permet d'apporté un éclairage sur cet échange riche en informations.

Conduire un entretien clinique implique la maîtrise de différentes techniques d'investigation pendant la séance, ainsi que des notions théoriques sur les mécanismes psychiques à l'œuvre (Vassilis Kapsambelis, 2015, p.258, 259)

#### • l'entretien semi directif

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

De même, Dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son Discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans type d'entretien Dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même Une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais Seulement sur le thème proposé. (Benony, Chahraoui, 1999, p.16).

#### • le guide d'entretien

Le guide d'entretien est en quelque sorte un système de filtrage qui prédétermine les thèmes abordés dans l'entretien .le clinicien envisager donc a priori les données qu'il souhaite recueillir .pour ce faire , il élabore des catégories et définit des indices.une catégorie observable peut être définie comme une unité de sens qui préside au regroupement de plusieurs observables.la méthodologie consiste à décrire de manière exhaustive tous les observables pris en compte et expliciter les critères de catégorisations et de recensement de ses indices. Deux catégories doivent être différentes. Un observable doit pouvoir n'être classé que dans une seule catégorie .les observables d'une catégorie doivent être homogènes.La catégorie être exclusive (recouvrir chaque dimension du problème traité).le nombre de catégories à prendre en compte dépend du problème abordé et des hypothèses posées .dans un premier temps ,il peut être nécessaire de multiplier les catégories dans un souci de discrimination fine et d'exhaustivité , quitte ensuite à fusionner plusieurs catégories pour le travail définitif. C'est pourquoi il est souvent nécessaire de réaliser quelques entretiens exploratoires avant d'élaborer le guide d'entretien définitif.

Le chercheur doit, pour rester pertinent par rapport aux hypothèses posées, respecter le cadre prédéfini des thèmes et donc guider l'entretien, tout en restant suffisamment ouvert pour

permettre à l'interviewé d'exprimer librement et en confiance. Autrement dit, le chercheur espère obtenir des réponses allant dans le sens de ses hypothèses tout en s'imposant une attitude de neutralité bienveillante (Michèle Montreuil et Jack Doron, 2006, p.166).

### **Informations personnels**

**AXE 1 :** information sur la maladie (l'insuffisance rénale chronique et son traitement)

**AXE 2 :** informations sur la dépression

**AXE 3 :** information familiale et sociale

## **5-La population d'étude**

### **• Sélection de notre population d'étude**

Avant de réaliser notre travail on a demandé le consentement Des patients hémodialysés. Notre population portée sur 10 cas déférents de sexe féminins et masculins, leurs âges variaient entre (25 et 62) ou on a changé leurs noms.

### **• Les critères d'homogénéités**

- tous les cas choisis partagent la même maladie chronique (insuffisance Rénale chronique)

- tous les sujets sont atteints d'une insuffisance rénale chronique traitée par l'hémodialyse

- tous les cas n'ont pas subi la transplantation rénale.

### **• Les critères non pertinents**

- Les cas n'ont pas le même âge ou le même sexe.

-

- Les cas n'ont pas le même niveau d'instruction.

-

- les cas n'ont pas la même situation matrimoniale.

**Tableau2** : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude

Cas	Sexe	Age	Niveau scolaire	Situation matrimoniale	Début d la Dialyse
Linda	femme	28	BAC	Célibataire	2018
Amir	Homme	39	BEF	Marié	2020
Wissam	Femme	25	BEF	Célibataire	2020
Rabah	Homme	48	BAC	Marié	2008
Khadidja	femme	63	Illettrée	Mariée	2018
Fares	Homme	34	BEF	Célibataire	2021
Fakir	Homme	32	BEF	Célibataire	2018
Wassila	Femme	30	BEF	Mariée	2018
Ayachi	Homme	58	Diplômé	Marié	2008
Sofia	femme	45	Diplômée	Mariée	2019

Le tableau ci dessus représente les différents cas étudiés, au service d'hémodialyse de Kherrata, ce tableau nous a permis d'observer les différentes caractéristiques des cas soit : l'âge, la situation matrimonial, niveaux d'instruction, et aussi le début de la dialyse, et on a changée le non des patients pour garder la confidentialité indiquée par la déontologie de l'éthique de la recherche en psychologie clinique.

### • L'échelle de Beck

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

**•L'origine du BDI-II**

Le BDI-II était issu de l'instrument d'origine (BDI), élaboré par Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh (1961). Pour le BDI-II, quatre items (Perte de poids, Modification de l'image corporelle, Préoccupations somatiques et Difficulté à travailler) ont été éliminés et quatre items ont été créés (Agitation, Dévalorisation, Difficulté à se concentrer et Perte d'énergie). Ces quatre nouveaux items devraient permettre de détecter des symptômes caractéristiques d'une dépression grave ou d'une dépression qui nécessiterait une hospitalisation. Deux items ont été modifiés afin d'évaluer aussi bien l'augmentation que la diminution de l'appétit et du sommeil. D'autres items du questionnaire ont été réécrits. Le BDI-II constitue une importante révision, bien plus que ne l'avait été le BDI-I. (Beck, et coll, 1998, p.1).

**•Considération générale**

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

**•Temps de passation**

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

**•La consigne**

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

### •Mode de cotation

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

### •les normes de la dépression

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

### •interprétation des notes

Le choix des notes seuils au BDI-II doit être basé sur les considération clinique ainsi que l'objectif de l'évaluation .les études américains ont utilisé différentes procédures permettant l'établissement des notes seuil pour l'évaluation de la gravité de la dépression chez des patients présente des troubles dépressif majeurs.la décision d'adopté d'autre seuil pour Le BDI-II doit s'appuyer sur les caractéristiques de l'échantillon et sur l'objectif de l'évaluation .si le but de l'évaluation est d'être le plus fin possible dans le dépistage de dépression ,il faut alors abaisser le seuil afin d'éviter les « faux négatifs ».dans ce cas , le nombre de « faux positifs »va augmenter ,mais ceci peut être utile pour diagnostique tous les cas dépression.

Dans l'interprétation des notes au BDI-II, il faut garder a l'épris que les réponses du sujet peuvent être biaisées , comme pour tout questionnaire d'auto –évaluation .en effet , certaines sujets peuvent avoir tendance a déclarer plus de symptômes qu'il n'en ressentent en réalité et donc ,a élevé leur notes , d plus , le DBI-II permet de mettre en évidence un degré de dépression , et non passer un diagnostique de dépression .seul un examen clinique permet d'établir un tel diagnostic et d'évalué la gravité de cette dépression (Beck , et coll,1998,p.10).

## 6-L'enquête

l'enquête est une étapes très importante ,que nous avons adopté avant de commencé notre pratique qui a duré deux mois , Avril et Mai , tous d'abord on a travaillé avec les patients qui ont donné leurs consentement pour participé dans notre recherche , et on a utilisé des outils de recherche qui nous facilite le travail .le déroulement de l'entretien et la passation de l'échelle ont été réaliser a la langue maternelle du patient car la plus part des patients ne comprennent pas la langue française .

## Synthèse

Tout travail de recherche demande de suivre une méthode et quelque règles et technique de recherche qui sont des étapes très importante pour une meilleure organisation du travail de recherche.

A travers ce chapitre , on a tenté de présenté certaines règles et étapes a suivre qui aident a mieux planifier et organiser un travail de recherche afin de pouvoir analyser et d'interprété les résultats et de confirmer ou infirmer nos hypothèses.



**Chapitre V**

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

### **Présentation et analyse des résultats :**

#### **Cas N°1 : Linda**

##### **Informations personnelles :**

Linda est une patiente âgée de 28 ans, de SOUK EL TNINE, d'une grande taille et mince, peau blanche et yeux bleu, célibataire, elle a 3 frères et aucune sœur, sa mère est décédée il ya cinq ans. , elle a un niveau d'instruction terminal, et sans profession.

##### **Présentation et analyse de l'entretien :**

Avant sa maladie rénale, la patiente ne souffrait d'aucune maladie chronique ni d'aucun problème de santé. En février 2018 à l'âge de 25 ans, la patiente commence à ressentir des douleurs dans ses reins accompagnés d'une fatigue intense et de vomissements. Après les analyses, le médecin lui a dit qu'elle souffrait d'insuffisance rénale chronique et qu'elle devrait commencer la dialyse.

L'annonce de sa maladie était comme un bouleversement, un traumatisme qui a changé sa vie en disant « asemi idinayide tevive tiyezalime mouthent,oubliji ibthough la dialyse , j'ai été choqué » « au moment où le médecin m'avait annoncé que mes reins ne fonctionnaient plus et que je devrais commencer la dialyse, j'étais choqué », Linda n'a pas accepté sa maladie ni son traitement en disant : « asen namenzou mibigh ikhemeghe la dialyse achehal terough segamigh i9eblegh achou iyitrane » « La première fois, quand je suis allé faire la dialyse, j'ai tellement pleuré et je ne pouvais pas accepter ce qui m'étais arrivé »

Pour elle, sa maladie a beaucoup affecté sa vie et lui a causé de nombreux obstacles et il a même changé son avenir et ses rêves en disant : « itough tehibigh yiwen mime neta itehibiyi apré iheder wahi th papa bachou iyikhetev mais apré mi helkhegh ijayi », « avant, j'aimais un jeune homme et il m'aimait aussi, il a même parlé avec mon père pour mes fiançailles avec lui, mais dès que je suis tombé malade, il m'a quitté».

Linda a traversé une période très difficile après l'annonce de sa maladie, ce qui a causé de nombreux changements dans sa vie.

Pour le régime, la patiente n'a trouvé aucune difficulté à cela, pour elle, le régime n'a rien devant les choses qui se sont passées dans sa vie.

## Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

---

Linda éprouve un manque d'appétit et de sommeil accompagnés d'une fatigue en disant : « oultetesghoula ,oultetghoula , plus 3eyigh », « je ne dors pas , je ne mange pas , et je me sens très fatigué ».

La patiente a également parlé de ses souvenirs et de ses rêves qu'elle n'a pas pu réaliser après sa maladie en disant : « a la fin mera verenyid tiwansen, ayethema jewgen ousentouk3oula zeyi , mime vava itough ibgha idifiyide tiyezelt tebedlase temetothis rayis ,mais loukhan itough ima theder jamais ithedj isoufrighe » « à la fin tout le monde m'a tourné le dos. Mes frères se sont mariés et ils s'en fichent de moi, et mon père, qui voulait autre fois me donner un rein, sa femme l'avait convaincu de ne pas le faire. Je crois que si ma mère était là, elle ne me laissera jamais souffrir autant ».

Linda a montré un grand désarroi lorsqu'elle a évoqué sa mère décédée, et dès qu'elle s'est souvenue d'elle, ses yeux se sont remplis de larmes. Et pour l'avenir Linda ne voit pas d'avenir en disant : « oulache lavenire, 3oufgh koulchi » « il n'y a pas d'avenir, je déteste tout ». A travers ses propos, la patiente a montré un grand pessimisme quant à son avenir et aussi la perte de son espoir dans la vie.

La patiente n'a pas de bonnes relations avec sa famille, que ce soit avec son père ou la femme de son père ,et même ses frères ne l'ont pas soutenue pendant sa maladie en disant : « gelafamiyiw oulethibigh hed par ce que mera janiyi apré lehlakhiw » «je n'aime plus personnes dans ma famille car ils m'ont laisser seule affronter ma maladie ».Et pour le milieu hospitalisé ,Linda a de bonnes relations avec tout le monde les infirmiers, les médecins et même avec d'autres patients » en déclarant : « asemi thidasegh itha sehousegh beli taha idelafamiyiw », «quand je viens ici ,j'ai l'impression qu'ils sont ma famille ».

Pour le coté sexuelle, Linda n'a pas donné d'informations en disant : « oule3limegh » « je ne sais pas ».

Face à ça situation actuelle, trois séances de dialyse est un bonheur pour elle car attendre le jour pour faire la dialyse est bien mieux que de rester à la maison en affirmant : « asemi thidaseh itha khér ma kimegh g kham », « quand je viens ici est beaucoup mieux que de rester à la maison».

## Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Linda

Les items	Cotations	Expressions
Tristesse	2	Je suis tout le temps triste
Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il me peut qu'empirer
Echecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un (e) raté (e).
Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir quat à la chose qui me plaisent habituellement
Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni
Sentiment négative envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
Attitude critique envers soi	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent
Pensées au désir de suicide	1	Il m'arrive de pensé a me suicider , mais je ne le ferais pas
Pleurs	1	Je pleure plus qu'avant
Agitation	0	Je suis plus agitée ou plus tendu que d'habitude
Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi ce soit.
Indécision	3	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision
Dévalorisation	2	Je me sens mois valable que les autre
Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire une grande chose.
Modification dans l'habitude de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heurs plus tôt et je suis incapable de me rendormir.
Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
Modification de l'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
Difficulté à se concentrer	1	Je ne me parviens pas à me concentrer.
Fatigue	3	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant
Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score	37	
Degré de dépression	Sévère	

### L'analyse de l'échelle de dépression de Beck :

Après la cotation des items de l'échelle de Beck, Linda a eu un score de 37 points, correspondant à une dépression sévère.

Linda a choisi des cotations minime où elle a choisi le degré 0 comme litem N°6 à sa réponse : « je n'ai pas le sentiment d'être punie », la patiente n'éprouve pas un sentiment de culpabilité dans litem N°4 à sa réponse : « je ne me sens pas particulièrement coupable ».et aussi litem N°3à sa réponse : « je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée ».

La patiente éprouve un sentiment négatif envers soi , d'après sa réponse : « j'ai perdu confiance en moi »,elle éprouve aussi des pensées ou désirs de suicide et de pleure d'après ses réponses qui ont une cotation N°1 :«il m'arrive de pensé à me suicider, mais je e le ferais plus qu'avant », «je ne pleure plus qu'avant » aussi les items N° 17 et 19 à ses réponses : « je suis irritable que d'habitude », « je me parviens pas a me concentré longtemps sur quoi que ce soit ».

Linda a choisi des réponses qui ont une cotation élevée qui représente un ensemble de symptômes dépressives comme la tristesse dans l'item N°1 où on a coté le degré 2 à sa réponse : « je suis presque tout le temps triste »,et une pessimisme concernant son avenir à sa réponse : « j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et me peut qu'empirer »,attitude critique envers soi comme dans l'item N°8 où on a coté le degré 3 à sa réponse : « je me reproche tout les malheurs qui arrivent ».

La patiente éprouve aussi une perte de plaisir d'après sa réponse : « j'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisent habituellement, une perte d'intérêt « j'ai du mal a m'intéressée à quoi que se soit », indécision à sa réponse : « j'ai du mal à prendre n'importe quelle décision ».

Linda éprouve aussi d'autres symptômes dépressifs ; perte d'énergie, une modification dans les habitudes de sommeil et d'appétit, fatigue, et une perte d'intérêt pour le sexe.

### **Résumé du cas**

La patiente a vécu une période difficile et des événements douloureux dans sa vie, d'une part le décès de sa mère et d'autre part sa maladie rénale, qui a poussé son fiancé à la quitter. Cela l'a beaucoup affecté, d'autant plus qu'elle n'a pas reçu le soutien dont elle avait besoin de sa famille.

Les données de l'entretien et l'échelle de dépression de Beck, a détecté une dépression sévère chez Linda dont le score est de 37 points avec des symptômes dépressifs qui se résument par ; tristesse, pessimisme, perte de plaisir, perte d'intérêt, attitude critique envers soi, dévalorisation, modification dans les habitudes de sommeil et d'appétit, fatigue et aussi une perte d'intérêt pour le sexe.

### Cas 02 : Amir

#### Informations personnelles

Amir est un patient âgé de 39 ans, de KHerata, d'une grande taille, blanc, yeux marron et cheveux noirs, calme et souriant, marié et père de trois filles. Amir a un niveau d'instruction 9<sup>ème</sup> année (BEF). Il était un travailleur dans une entreprise de bâtiment, suite à sa maladie d'insuffisance rénale chronique, il a quitté son travail.

#### Présentation et analyse de l'entretien :

En 2015, sa tension artérielle a augmenté et ses pieds ont enflé, et il s'est évanoui, ce qui l'a amené à être hospitalisé pendant 10 jours, ce qui a causé sa maladie plus tard, c'est-à-dire une insuffisance rénale chronique causée par l'hypertension artérielle. En disant : « th la tension iyikhemen lehlakh netyezal ,juste feghed g sebitare khemegh dérécet la dialyse ».

Quand il a découvert sa maladie ,il n'a pas été du tout choqué ,car il ne savait pas ce que la maladie rénale signifie ,il croyait qu'il sera guéri avec des médicaments comme les autres maladies:, en disant :« asemi idina tevive beli tiyezaliw helkhent ou beli thayen la dialyse idikimeniyid delhel ,la réactioyiw normal par ce que itough hesbegh la dialyse thedwa ateb3egh khera wousan night khera lechehores dijigh » qui veut dire : « lorsque le médecin m'avait annoncé que mes reins étaient malades et que la dialyse était la solution qui me restait ,ma réaction était normale en ce moment car j'ai cru que la dialyse était un remède (médicament) que je dois suivre pendant des jours ou des mois et je serai complètement guéri ».Mais après la première séance de dialyse il a compris ce que c'est sa maladie et ses complications en disant: « asemi khemegh la dialyse pour la première fois choqégh par ce que lekhen ifehmegh beli di3ichegh lehayatiw mera s la dialyse » « A ma première séance de dialyse j'étais choqué parce que en ce moment que j'ai réalisé que je vais vivre le reste de ma vie avec la dialyse ». Durant cette période, Amir a vécu dans un état de choc et il n'a pas pu accepter ce qui s'est passé, selon lui.

Cette maladie n'est pas héréditaire, mais sa cause était l'hypertension artérielle. Pour lui cette maladie a de nombreuses complications dans sa vie en disant : « iwe3er i3ichet selehlakha par ce que khera oultezmiret ikhemet oula thekhera plus se3igh tafamilte » veut dire : « c'est vraiment difficile de vivre avec cette maladie car tu ne peux rien y faire, surtout que j'ai ma petite famille». Cela signifie chez le sujet un sentiment de dévalorisation. Et avec

## **Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

---

cette maladie, le patient doit suivre un régime. Pour lui ce régime est difficile car il souffre de diabète, selon ses propos.

Amir éprouve un manque de sommeil depuis sa maladie et aussi manque d'appétit en disant : « ouletetesghoula ou achehal dabrith te9imigh alniw fethent par ce que temeyizegh bezaf » qui veut dire : « j'ai du mal à m'en dormir et je ne dors pas, je reste souvent les yeux ouverts car je réfléchis beaucoup », cela signifie chez le patient une tristesse causée par sa maladie, et aussi un sentiment d'irritabilité d'après ses dires : « tenirvighe grave ipi bla seba » qui veut dire : « je m'énerve pour des choses insignifiantes et sans raison ».

Quant aux beaux souvenirs de sa vie sont la naissance de ses trois filles en disant : asemi idenernante te9chichiniw dewin i de le cadeau seghoul rebé le3alamine, mi denernante dewin i de souvenir le 3ali g dounithiw » « mes filles est un cadeau de Dieu et leur naissance est un beau souvenir dans ma vie ». quant à l'avenir, il espère que Dieu le bénira avec un fils en disant : « bigh ise3ough a9echiche ma ibgha rebé machi par ce que kha tehibigh ti9chichin khaté, bigh is3ount te9chichiniw yematsent ghase imthehgh » qui veut dire : « je veux avoir un fils si Dieu le veut, non pas parce que je n'aime pas mes filles, mais plutôt parce que je veux que mes filles aient un frère et un soutien après ma mort » mais Amir a aussi une autre vision pour l'avenir, puisqu'il a vu qu'il y a un rein en plastique, qu'il a vu sur internet, et a dit que s'il entraînait en Algérie, il serait le premier à le transplanter. Le patient malgré sa situation difficile mais il a un petit espoir pour l'avenir.

Le patient a des bonnes relations avec sa famille et surtout ses filles en disant : « amekh tewaligh ti9echichiniw tehibintiyi kheter yematsent » qui veut dire : « comme je vois, mes filles m'aiment plus que leur mère ». quand Amir nous a parlé de ses filles, un air de joie est apparu sur son visage, et c'est la preuve de ses bonnes relations avec ses filles. Amir reçoit un grand soutien de tout le nombre de la famille et surtout sa femme en disant : « oufigh la famiyiw mera, ayethema, ima mais thametothiw akheter toujours tawefghat mi thiheslegh » qui veut dire : « j'ai retrouvé ma famille à mes côtés, mes frères, ma mère, mais ma femme plus que les autres, car je la trouve toujours dans les moments difficiles ». Aussi Amir a des bonnes relations avec ses voisins, et aussi des bonnes relations avec l'équipe soignante à L'Hôpital, et même avec les autres patients en disant : « asmi thidasegh ithaha sehousayegh asetanit tafamiltiw l deuxième » qui veut dire : « quand je viens à l'hôpital, j'ai l'impression qu'ils sont ma deuxième famille ».



## **Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

---

Pour l'aspect sexuel chez Amir a changé, mais pas beaucoup en disant : « desah ila chouya le changement mais toujours ila le sentimoyen » « « bien sur, il y a un changement mais toujours il y a ce sentiment ».

Face à sa situation actuelle, pour lui trois séance de dialyse par semaine c'est dur mais il voit la machine comme un rein ou il ne peut rien faire, il doit accepter la machine en disant « desah iwe3er me3na asenani hamedoulah : « malgré c'est difficile mais hamdou Allah » « c'est vrai que c'est difficile, mais on dit merci à dieu ». Donc au final, le patient a essayé d'accepter sa maladie malgré sa difficulté.

## Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck

Les items	Cotations	Expressions
Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
Pessimisme	2	Je ne m'attends pas que les choses s'arrangent pour moi.
Echecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un (e) raté (e).
Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir quand aux choses qui me plaisaient habituellement.
Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment d'être puni.
Sentiment négative envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
Attitude critique envers soi	2	Je me reproche tous mes défauts.
Pensées au désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
Pleurs	3	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.
Agitation	1	Je me sens plus agité (e)ou plus tendu (e)que d'habitude.
Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi ce soit.
Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
Dévalorisation	1	Je me crois pas avoir autant de valeur ni être aussi qu'avait.
Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire une grande chose.
Modification dans l'habitude de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.
Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
Modification de l'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
Difficulté à se concentrer	1	Je me parviens pas a me concentrer.
Fatigue	1	Je me fatigue plus facilementque d'habitude.
Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
Score	32	
Degré de dépression	Sévère	

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

Après la cotation des items de l'échelle de Beck, Amir a eu un score de 32 points correspondant à une dépression sévère, comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck

Amir à choisir des réponses avec des cotations minime come dans litem N°3 ou on a coté le degré pour ca réponse : « je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un raté, le patient n'éprouve pas un sentiment de culpabilité comme dans litem N°5 pour ca réponse : « je me sens pas particulièrement coupable ».et aussi dans litem N°9 et 21 pour ses réponse : « je ne pense pas du tout a me suicider », « je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe ».

Amir éprouve une humeur triste, ou on à coté le degré 0 1 dans litem N°01 : « je me sens très souvent triste ». Et un item relative au pessimisme .on a coté le degré N°02 : « je m'attends pas a ce que les choses s'arrangent pour moi ».et aussi agitation comme dans litem N°01 on a coté le degré 01 pour ca réponse : « je me sens plus agité ou plus tendu que l'habitude »

il présente aussi un ensemble de symptômes dépressifs qui sont montrés par son choix des réponses qui ont une cotation élevé comme dans l'item N°04 ou on a coté le degré 03 , pour ca réponse : « je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisamment habituellement »,et un sentiment négative envers soi même dans litem N°07 on a coté 1 degré 01 : «j'ai perdu confiance en moi même, aussi litem N°10 on a coté le degré 3 : « je voudrais pleuré mais je m'en suis pas capable et perte d'intérêt comme dans litem N°12 on a coté le degré 03 : « j'ais de male a m'intéressé a quoi que ce soit »

Amir présente d'autre signe dépressif comme perte d'énergie dans l'item N°15 ou on à coté la réponse : « je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand chose ».et aussi trouble de sommeil : « je me réveille une ou deux heure plus tôt et je suis incapable de me rendormir ».

Suivi d'une modification dans l'appétit dans litem N°18 ou on a coté le degré N°3 : « je n'ais pas d'appétit du tout ».

D'autres signes dépressifs apparaissent chez Amir comme irritabilité, fatigue, difficulté à se concentrer et le sentiment d'être puni.

### **Résumé de cas**

Après avoir analysé les données de l'entretien de Amir nous avons remarqué qu'il a une dépression qui est causée par sa maladie rénale.

Amir présente des troubles d'appétits et de sommeil, il a vécu un changement psychologique après son atteinte de l'insuffisance rénale chronique, et nous avons constaté aussi que le patient n'éprouve pas un changement récent concernant sa vie sexuelle, et que le patient malgré sa situation difficile il a réussi à accepter sa maladie.

Les données de l'entretien et l'échelle de dépression de Beck, ont détecté une dépression sévère chez Amir dont le score est 32 points, avec des symptômes dépressifs comme tristesse, pessimisme, perte de plaisir, pleurs, perte d'intérêt, dévalorisation, perte d'énergie, irritabilité, fatigue et aussi difficultés à se concentrer.

.

### CAS 3 : WISSAM

#### Informations personnelles

Wissam est une patiente âgée de 25 ans de Kharrat, elle a deux sœurs et deux frères, Célibataire, elle a un niveau d'instruction (BEF).elle souffre de diabète depuis l'âge de onze ans ,et deux ans avant sa maladie rénale, le médecin lui a dit qu'elle avait l'hypertension.

#### Présentation et analyse de l'entretien

En 2020, le médecin a diagnostiqué chez wissam une insuffisance rénale chronique, causée par le diabète et l'hypertension artérielle. Lorsque le médecin lui a annoncé cela, sa réaction était normale et elle n'a pas montré aucun signe de peur ou de choc selon ses dires. Mais lorsqu'elle est arrivée à la salle de dialyse, elle a eu très peur et elle a regardé autour d'elle, mais les médecins et les infirmières l'ont convaincu et l'ont soutenue moralement en disant : « asemi wetegh bachou ikhemegh la dialyse ,kimegh tesigigh,khel3egh mais hamdou allah; tebath wahi d les infirmières khmniyi le courage ,apés thyn khemegh la première séance » « quand je suis arrivée pour faire la dialyse pour la première fois, je suis restée un moment à regarder autour de moi ,j'avais très peur, mais dieux merci les médecins et les infirmières m'ont soutenu, et a la fin j'ai fait ma première séance ».malgré sa peur ,Wissam l'a défié et a décidé de faire face à sa maladie.

Pour elle, sa maladie a grandement compliqué sa vie, et elle a l'impression que sa vie n'a pas de sens, en disant « lehayatiw kha tes3a leme3na, soufrigh segmi iyitough tamrzyant », « ma vie n'a pas de sens car je souffre depuis mon enfance ». et avec cette maladie, Wissam a du faire un régime difficile et striqué, en disant « iwe3er i3ichet wahi delehlakha g lage am waha ,oulezmiregh mime pas itechegh achou beghighe », « c'est dur de vivre avec cette maladie à cet âge ou je ne peux même pas manger ce que je veux ».

La patiente éprouve aussi un trouble de l'appétit et du sommeil en disant : « nadam kha thetsegh melih mime lemakhela daghen kha se3igh l'appétit », « oui, je souffre de troubles de sommeil et je n'ai aucune d'appétit ».

concernant le vécu et les souvenirs, Wissam ne voit pas d'avenir devant elle car depuis son enfance elle souffre de plusieurs maladies chroniques en disant : « gasmi iligh tamezeyant kha s3igh seha le3ali toujours helkhegh », « depuis que je suis enfant je n'ai pas eu une bonne santé parce que je tombe toujours malade ».quant à l'avenir la patiente ne voit aucun espoir

## **Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

---

devant elle en disant : « ouletwalighoula l'avenire, lehayatiw kha tes3a leme3na ,dounoithiw taberkhant, kha beghighe ihedregh f lavenir », « je ne voit pas d'avenir, ma vie n'a pas de sens, tout est noir et je ne veux pas parlé de l'avenir ». nous avons remarqué que Wissam a une vision pessimiste concernant son avenir.

Quant à ses relations, elle a de bonnes relations avec sa famille car elle reçoit un soutien suffisant de leur part, notamment de sa grande sœur. Et pour les relations avec l'équipe soignante à l'hôpital, la patiente n'a pas de problème avec eux, mais elle ne leur parle pas beaucoup, et même avec les autres patients elle n'a pas de relation avec eux, En disant : « sept mois nek tha kha hedregh ouma dith hed ,oulesinegh mime pas isemawensen » « cela fait sept mois depuis mon entrer et je ne discute avec personne ici ,je ne connais même pas leurs noms » .à travers ses propos, nous avons remarqué que la patiente est isolée et évite toute relation social, et c'est ce que nous avons également remarqué dans la salle de dialyse .

La patiente n'a donné aucune information concernant la vie sexuelle et n'a pas voulu en parler en disant : « matchi the la question bachou atefet ithemetoth célibataire et malade » « ce n'est pas une question à poser à une femme célibataire et malade ».

Quant à son état maintenant, la patiente trouve cela plus difficile car trois séance de dialyse par semaine est une perte de temps.

## Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Score et résultat de l'échelle de dépression de Beck

Les items	Cotations	Expressions
Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer
Echecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qu'avant
Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment d'être puni.
Sentiment négative envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
Pensées au désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.
Agitation	1	Je me sens plus agité (e) ou plus tendu (e) que d'habitude.
Perte d'intérêt	2	Je m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
Dévalorisation	3	Je sens que je ne vaux absolument rien
Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant
Modification dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude
Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
Modification de l'appétit	1a	J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude
Difficulté à se concentrer	0	Je parviens à me concentrer toujours aussi bien que d'habitude
Fatigue	2	Je suis trop fatiguée pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score	32	
Degré de dépression	Sévère	

### **Analyse de l'échelle de dépression du Beck**

Après la cotation des items de l'échelle, Wissame à eu un score de 29 points correspondent a une dépression sévère, comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Wissam présente un ensembles de symptômes qui ont une cotation minime montré par son choix des réponses ,comme dans litem N°10 où on a à coté le degré 1 à ca réponse : « je me sens très souvent triste »,la patiente éprouve un sentiment négative Enver soi comme dans litem N°7 : « j'ais perdu confiance en moi », agitation : « je me sens plus agitée ou plus tendue que d'aptitude »,une perte d'énergie à ça réponse : « j'ai moins d'énergie qu'avant »,et une augmentation de son appétit : « j'ai un peu plus d'appétit que d'habitude ».

Elle éprouve aussi une perte de plaisir d'après sa réponse : « j'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qu'avant », une perte d'intérêt : « je m'intéresse presque plus aux gens et aux choses », modification dans les habitudes de sommeil : « je dors beaucoup moins que d'habitude »,et aussi irritabilité et une fatigue d'après ses réponses suivantes : « je suis beaucoup plus irritable que d'habitude », « je suis trop fatiguée pour faire un grands nombre de choses que je faisais avant ».

Wissam éprouve d'autres symptômes dépressifs qui sont montré par son choix des réponse qui ont une cotation élevés comme dans litem N°2 où on a coté le degré 3 à ça réponse : « j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer »,un sentiment d'être puni : « j'ai le sentiment d'être puni »,un sentiment de dévalorisation : « je sens que je ne vaut absolument rien »,et aussi une perte d'intérêt pour le sexe dont litem N°21 où on à coté le degré 3 à ça réponse : « j'ai perdu tout intérêt pour le sexe ».

### **Résumé du cas**

La dépression de Wissam causée par une insuffisance rénale chronique, qui est causée par le diabète et l'hypertension artérielle. Quant à l'avenir, elle ne voit pas d'avenir devant elle.

Durant l'entretien, nous avons remarqué que la patiente aime s'isoler, mais en même temps, elle bénéficie d'un grand soutien de sa famille.



### Cas 4 : Rabah

#### Informations personnelles

Rabah est un patient âgé de 48 ans, de 3<sup>e</sup> degré, marié sans enfants, d'une taille moyenne, souriant avec des regards tristes, il a un niveau d'instruction terminale, il travaille dans un centre à Tichy.

#### Présentation Analyse de l'entretien

En 2008 Rabah présente des douleurs dans ces reins et de la fatigue, il a décidé d'y aller chez le médecin pour se consulter et après plusieurs examens cliniques, le médecin a diagnostiqué chez lui une insuffisance rénale chronique, qui est causée selon lui par l'hypertension artérielle et le travail forcé.

Quant le médecin lui a annoncé cette maladie rénale, il avait un peu peur mais selon ses dires, n'a pas été vraiment choqué en disant « asemi idina tevive tes3it lehlakh netyezal khel3egh chouya mais kha chokigh vraiment », « quand le médecin m'a annoncé la maladie rénale j'avais peur mais pas au point d'être choqué ».

L'insuffisance rénale chronique de Rabah n'est pas héréditaire, elle est engendrée par l'hypertension artérielle et des Travaux forcés, parce qu'avant cette maladie, il élevait des poulets et donc il portait des poids quotidiennement et il travaillait au-delà de ses capacités en disant : « kebel ihelkhegh itough terebigh ifrakh, reftheqh tichekharéne zayent zeysent lekt fethiwaw », « avant ma maladie rénale, j'avais l'habitude d'élever des poulets et de porter des sacs lourds, de la nourriture, pour poulets sur mon dos ». À travers les paroles de patient nous avons remarqué chez lui un sentiment de culpabilité. Et pour le régime, le patient n'a pas trouvé de difficultés, pour lui c'est très facile.

Rabah n'éprouve pas un manque de sommeil ni d'appétit selon ses dires mais il s'énerve pour des choses insignifiantes sans raison.

Il éprouve un sentiment de regret concernant sa vie en disant : « loukan idikel lewekth ithefir jamais ikhemegh lekhethema i3etheben », « si je pouvais remonter le temps, je ne ferais pas de travaux forcés ». Pour lui aucun souvenir dans sa vie, la seule chose qu'il veut retrouver c'est sa santé. Pour les projets d'avenir Rabah ne voit aucun avenir et ne pense à rien car il n'a pas d'enfants, en disant « oules3ighoula deriya, imala iwachou dimeyzeqh izath », « je

## **Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

---

n'ai pas d'enfants, et pourquoi pensé alors à l'avenir ». On constate ici que le patient et pessimiste concernant son avenir.

Pour les relations familiale Rabah a de bonnes relations avec sa femme ainsi que d'autres membres de sa famille, et même les amis, et pour les relations avec le milieu hospitalier, pour lui c'est une bonne équipe il les aime beaucoup, qu'ils soient infirmiers, médecins, psychologue du service ou d'autre patients en disent : « tehibighin melih tafamiltiw la deuxième « je les aime beaucoup, c'est ma deuxième famille ».

Quant à l'aspect sexuel, tout a changé après sa maladie car il a perdu son fonctionnement sexuelle en disent : « bedlegh mera , koulchi degi am el3ebth imouth, », «tout a changé comme si j'étais une personne morte».

## Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck

Les items	Cotations	Expressions
Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
Pessimisme	2	Je ne m'attends pas que les choses s'arrangent pour moi.
Echecs dans le passé	1	J'ais échoué plus souvent que je n'aurais du
Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir quand aux choses qui me plaisaient habituellement.
Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plus part du temps
Sentiment d'être puni	0	Je n'ais pas le sentiment d'être puni
Sentiment négative envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
Attitude critique envers soi	2	Je me reproche tous mes défauts.
Pensées au désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
Pleurs	0	Je ne pleur pas plus qu'avant
Agitation	1	Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude
Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant au gens et aux choses
Indécision	0	je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
Dévalorisation	2	Je me sens moins valables que les autres
Perte d'énergie	1	J'ais moins d'énergie qu'avant
Modification dans l'habitude de sommeil	0	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé
Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
Modification de l'appétit	0	Mon appétit na pas changé
Difficulté à se concentrer	0	Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant
Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score	32	
Degré de dépression	Sévère	

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

Après la cotation des items de l'échelle de Beck, Rabah a eu un score de 32 point correspondant à une dépression modérée, comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Rabah présente un humeur triste à ça réponse : « je me sens très souvent triste », il éprouve aussi un sentiment négatif envers soi-même, comme dans l'item N°7 où on a coté le degré 1 à ça réponse : « j'ai perdu confiance en moi », une perte d'intérêt à ça réponse : « je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses », perte d'énergie à ça réponse : « j'ai moins d'énergie qu'avant », et aussi une irritabilité et une fatigue à ces réponses : « je suis plus irritable que d'habitude », « je me fatigue plus facilement que d'habitude ».

Il a choisi des réponses qui ont une cotation élevée comme dans l'item N°6 à ça réponse : « je n'ai pas le sentiment d'être puni », item N°9 à ça réponse : « je ne pense pas du tout à me suicider », items N°10 : « je ne pleure plus qu'avant » et aussi on a coté d'autres items qui ont une cotation 0 comme dans l'item N° : 11,13,16,18,19a ces réponses : « je ne suis plus agité ou plus tendu que d'habitude », « je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant », « mes habitudes de sommeil n'ont pas changé », « mon appétit n'a pas changé ».

Le patient présente aussi d'autres signes dépressifs d'après des réponses qui ont une cotation élevée comme le pessimisme à ça réponse : « je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi », une perte de plaisir à ça réponse : « je n'éprouve aucun plaisir quand aux choses qui me plaisent habituellement », un sentiment de culpabilité : « je me sens coupable la plus part du temps », attitudes critiques envers soi : « je me reproche tous mes défauts » et aussi un sentiment de dévalorisation et perte d'intérêt pour le sexe d'après son choix des réponses : « je me sens moins valable que les autres », « j'ai perdu tout intérêt pour le sexe ».

### **Résumé du cas**

La dépression de Rabah est parvenue à cause de sa maladie rénale, cette dernière a engendré chez lui une perte totale de fonction sexuelle, et un sentiment de dévalorisation, le patient regrette sa vie car il se sent qu'il est la cause de sa maladie et ne voit aucun avenir devant lui.

Les données de l'entretien et l'échelle de Beck ont détecté une dépression modérée chez le patient dont le score est de 21 points caractérisé par une tristesse, pessimisme, sentiments de culpabilité et une perte de confiance en soi.

### Cas 5 : Khadîdja

#### Informations personnelles

Khadîdja est une patiente âgée de 63 ans de deraa legayed, mariée et mère de 3 garçons et n'a pas de filles, ses garçons sont tous mariés, son mari est décédé, femme ou foyer. Avant sa maladie rénale, la patiente souffrait de kystes dans ses reins à l'âge de 40 ans, et l'hypertension, elle a commencé la dialyse en 2018.

#### Présentation et analyse de l'entretien

Avant sa maladie rénale et à l'âge de 40 ans, la patiente souffrait de kystes dans ses reins, et elle a été soignée par un médecin, mais sans aucun résultat. En 2018 le médecin a diagnostiqué chez elle une insuffisance rénale chronique, qui est causée selon elle par ses kystes en disant « itough se3igh les kystes gtheyazaliw après 3elmegh didyas nehar dikhemegh la dialyse Am 3emtathi », « quand j'ai découvert que j'avais des kystes dans mes reins, j'ai su qu'un jour j'atteindrais le stade de la dialyse comme mes tantes ».

Concernant sa réaction lors de l'annonce de sa maladie, elle a accepté sa maladie dans le jour où le médecin a annoncé que ses reins ne fonctionnent pas, parce qu'elle sait depuis le début qu'il viendra un jour ou elle va arriver à ce stade en disant : « asemi idinayid teville tiyzaliw helkhent nighas hamdou li Allah », « quand le médecin m'a dit que mes reins ne fonctionnent pas, je lui ai dit Hamdollah ». À travers ses paroles, nous avons remarqué que la patiente avait une foi inébranlable et une tenue vestimentaire très forte ».

Cette maladie est héréditaire, d'après elle, toutes ses tantes souffrent de cette maladie, même l'une de ses sœurs, pour Khadîdja cette maladie n'a pas changé sa vie, elle a trouvé ses enfants à ses côtés et aussi ses sœurs. Concernant le régime alimentaire pour elle est très facile et elle doit le suivre.

Khadîdja ne souffre d'aucune perturbation de l'appétit ou de sommeil, mais selon elle, elle est très sensible à la moindre des choses.

Les souvenirs les plus beaux dans la vie de la patiente, c'est ses trois enfants, parce qu'ils la traitent bien et la respectent et font tout ce qu'elle leur demande et pour l'avenir elle ne veut du bon Dieu que de voir ses enfants heureux en disant : « izreggh deriyaw ferhen tin aytmenigh yidounith », « voir mes enfants heureux c'est mon rêve de vie ».

## **Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

---

Concernent ces relations avec sa famille et ses voisins, Khadîdja a tissé de bonnes relations, rien n'a changé après sa maladie en disant : « la famiyiw thet9athariyi, tekhedmiyid le courage, deriyaw, le3yalathensen, les voisins, hamdouallah », « ma famille me respecte, ils me font du courage, que ce soit de mes enfants, leur femmes soit mes voisins et mes proches. Pour le service d'hémodialyse c'est un bon service, et leur souhait beaucoup de réussit dans leur vie. En disant : « del3ibath simple teminaghasen hacha lekhér », « c'est des gens humbles, je leur souhaite de la réussite dans leurs vie ».

Pour la vie sexuelle chez la patiente a changé après la mort de son marie, et que maintenant avec l'âge tout a changé en disant : « oui bien sur, segemi imouth ouryaziw, plus wahi de l'age koulchi ibedel », « oui bien sur, après la mort de mon marie, et avec l'âge tout a changé »

Quant à son état maintenant, trois séance de dialyse ne l'affectait tout du moment que cela venait de Dieu.

## Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Khadîdja

Les items	Cotations	Expressions
Tristesse	0	Je ne me sens pas triste
Pessimisme	0	Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
Echecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant.
Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni.
Sentiment négative envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou me critique pas plus que d'habitude.
Pensées au désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
Pleurs	1	Je pleurs plus qu'avant.
Agitation	0	Je ne suis pas plus agité (e) ou plus tendue que d'habitudee.
Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant au gens et aux choses.
Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
Dévalorisation	1	Je me crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avait.
Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grande - chose.
Modification dans l'habitude de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude.
Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
Modification de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé.
Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soi.
Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score	13	
Degré de dépression	légère	

### **Analyse de résultats de l'échelle de dépression de Beck**

Après la cotation des items du cas Khadîdja, elle a eu score de 13 points qui correspond à une dépression légère, comme il est indiqué dans le manuel de dépressions de Beck.

Khadîdja éprouve une légère perte de plaisir, dont l'item N° 4 où on a coté le degré 1 à sa réponse « je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant », perte d'intérêt à sa réponse : « je m'intéresse moins qu'avant au gens et aux choses », un sentiment de dévalorisation à sa réponse. « Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant », aussi une modification dans les habitudes du sommeil et fatigue comme dans les items : « je dors un peu moins que d'habitude », « je me fatigue plus facilement que d'habitude ».

Elle éprouve aussi une perte d'énergie dans l'item N°15 où on a coté le degré 2 à sa réponse : « je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose », difficulté à se concentrer à sa réponse : « j'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que s soi », pleur : « je pleure plus qu'avant », et aussi perte d'intérêt pour le sexe d'après sa réponse : « j'ai perdu tout intérêts pour le sexe ».

### **Résumé du cas**

Après avoir analysé les données de l'entretien de cas Khadîdja, on a remarqué que la patiente a accepté sa maladie facilement. Et rien n'a changé dans sa vie, parce qu'elle est entourée de sa famille.

L'analyse des données de l'entretien et de l'échelle de dépression de Beck, a constaté que Khadîdja souffre d'une dépression légère.



### Cas 06 : Fares

#### Informations personnelles

Farés est un patient âgé de 34 ans, de Darguina , d'une taille moyenne , brin et cheveux lisse .Célibataire il a 7 frères et 3 sœurs, il a un niveaux d'instruction de 9<sup>eme</sup> année (B.E.F). Avant sa maladie rénale, il possédait une confiserie, mais il a quitté son emploi après être tombé malade.

#### Présentation et analyse de l'entretien

En 2021 Farés a découvert qu'il avait un problème dans ses reins, causé par le diabète selon lui « le diabète m'a causé une insuffisance rénale ». Farés était au travaille et il a soudainement évanoui, et hospitalisé durant 15 jours. Après son réveil, ils l'ont emmené dans la salle de dialyse pour faire la dialyse et l'ont ramené une autre fois à l'hôpital. Farés ne comprenait pas ce qui se passait ou ce qu'il faisait dans la salle de dialyse, pensant que c'était une chose normale ou peut –être un simple traitement, en disant ; « asemi lighe g sebitar winiyi khemghed la dialyse raniyide mais nek hesbgh c'est rien » « quant j'étais à l'hôpital, ils m'ont emmené en dialyse et m'ont ramené à l'hôpital, mais je pensais que c'était normale ».

Quant à sa réaction lorsque le médecin lui a dit que ses reins ne fonctionnaient plus et qu'ils avaient atteint le stade terminal, il nous a dit qu'il était choqué et déçu.

L'insuffisance rénale de Farés n'est pas héréditaire, il est engendré par le diabète, pour lui cette maladie a de nombreuses complications dans sa vie, car il a été contraint de quitter son emploi en disant : « seba lahlakhiw hebseghl khedmayiw » c'est-à-dire : « à cause de ma maladie j'ai quitté mon travail et donc il n'y a pas d'avenir ». A travers ses propos, nous avons remarqué que le patient est pessimiste. Et pour le régime alimentaire, le patient trouve cela facile et tout est dû à l'adaptation.

Farés ne souffre d'aucune perturbation de l'appétit ou du sommeil, en disant : « oules3ighoula oula damouchekil g l'appétit ni g nadam » « je ne souffre d'aucun trouble de l'appétit ou de sommeil ».

Quant aux souvenirs, le patient a beaucoup de souvenirs, mais il ne veut pas s'en souvenir et en parler .par ses paroles, nous montrons que le patient a de nombreux souvenirs douloureux caché derrière son visage joyeux. Quant à ses perspectives d'avenir, le patient n'a aucune

## **Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

---

vision ou réflexion sur son avenir ou sur ce qu'il fera à l'avenir en disant ; « sah sah oule3limegh l'avenir kha temeyizghse maté » « franchement je ne sais pas, l'avenir auquel je ne pense jamais »

D'après notre entretien avec le patient on a constaté qu'il a des bonne relations avec sa famille et son entourage et surtout ses amis en disant : « malgré helkhegh, imdukaliw jamais bedlen feli, toujours tla3aniyid toujours tefaghegh didsen, vraiment kra oulichongé », qui veut dire : « malgré ma maladie, mes amis n'ont pas changés, toujours m'ont appelé, et toujours on sorts ensemble, rien a changé ».

Concernant ses relations avec le milieu hospitalisé Fares assure qu'il a des bonne relations avec l'équipe soignante à l'hôpital en disant : « del3ibad l 3ali, ufigh imaniw daha, del3ibad simple », c'est-à-dire : « c'est une bonne équipe, ce sont des gens simples, vraiment rien à dire ».

Pour le côté sexuel du patient, il n'a pas changé après sa maladie rénale, en disant : « khra oulibedel,déjà ghuri 5mois nek daha kra oulichong oule3limgh izath » c'est-à-dire : « cinq mois et je suis ici, rien n'a changé, mais je ne sais pas dans le futur si sa changera ou pas ».

Face à sa situation actuelle, trois séance de dialyse par semaine n'ont pas beaucoup affecté sa vie .au début, il a eu du mal à accepter, mais il a rapidement accepté sa maladie et son traitement, en disant : « assen namezwar khel3egh mais après dayen : » « au début j'avais peur, mais au bout d'un moment je l'ai accepté ».

## Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Farés :

Les items	Cotations	Expressions
Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
Pessimisme	2	Je ne m'attends pas que les choses s'arrangent pour moi.
Echecs dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant.
Sentiment de culpabilité	0	je me sens coupable la plus part de temps.
Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni.
Sentiment négative envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
Pensé au désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
Pleurs	0	Je ne pleur pas plus qu'avant
Agitation	1	Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude
Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
Indécision	0	je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir aussi de valeur ni être aussi utile qu'avant
Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant
Modification dans l'habitude de sommeil	0	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé
Irritabilité	0	Je ne sais pas plus irritable que d'habitude
Modification de l'appétit	0	Mon appétit na pas changé
Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal a me concentré longtemps sur quoi que ce soit
Fatigue	2	Je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de choses que j'ai faisais avant
Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
Score	16	
Degré de dépression	Léger	

### **L'analyse de l'échelle de dépression de Beck.**

Après la cotation des items de l'échelle, Farés a eu un score de 13 points correspondants à une dépression légère, comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Farés a choisi des réponses avec des cotations minimales comme dans l'item N°6 où on a coté le degré 0 pour sa réponse : « je n'ai pas un sentiment négatif envers moi-même ». à son choix de l'item N°7, on a coté le degré 0 à sa réponse : « mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé », l'item N°8 où on a coté le degré 0 pour sa réponse : « je me blâme pas ou me critique pas plus que d'habitude. Et aussi on a coté le degré 0 comme dans l'item N°10 à sa réponse : « je ne pleure pas plus qu'avant » et aussi son choix pour les items N°12, 15, 17, pour ces réponses : « je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant », « je ne suis pas plus irritable que d'habitude », je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe », le patient n'éprouve pas des troubles de sommeil et d'appétit d'après son choix des items N°14 et 16 où on a coté le degré 0 à ses réponses : « mes habitudes de sommeil n'ont pas changé ».

Farés éprouve une humeur triste, on a coté le degré 1 dans l'item N°01 à sa réponse : « je me sens très souvent triste », et un sentiment de dévalorisation comme dans l'item N°13 où on a coté le degré 1 à sa réponse : « je ne crois pas avoir aussi de valeur mais être aussi utile qu'avant », et aussi une perte d'énergie légère à son choix de l'item N°13, où on a coté le degré N°7 à sa réponse : « j'ai moins d'énergie qu'avant ».

Il présente aussi un ensemble de symptômes qui sont montrés par son choix des réponses qui ont une cotation élevée comme dans l'item N°3 où on a coté le degré 03 à sa réponse : « j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie », le patient éprouve un sentiment pessimiste comme dans l'item N°2 à sa réponse : « je m'attendais pas à ce que les choses s'arrangent pour moi ».

Farés présente d'autres signes dépressifs comme : difficulté à se concentrer et fatigue dans l'item N°18 et N°19, où on a coté les réponses suivantes : « j'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit », « je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant ».

### **Résumé du cas**

A travers l'entretien, nous avons conclu que Farés souffre d'une dépression après sa maladie rénale, ce qui l'a poussé à arrêter son travail, ainsi que des souvenirs douloureux qu'il a vécu et dont il ne veut pas parler ou se souvenir, mais malgré cela il a accepté sa maladie et son traitement et a décidé de l'affronter.

D'après l'analyse de l'entretien et l'échelle de dépression de Beck, Farés souffre d'une dépression légère dont le score 14, qui se manifeste par une humeur triste, échec dans le passé, pessimisme, difficulté à se concentrer et une fatigue.

### Cas 07 : fakir

#### Informations personnelles

Fakir est un patient âgé de 32ans, de Derguina, célibataire, il a 5 sœurs et 2 frères, il a un niveau d'instruction 9<sup>ème</sup> année BEF, il était un travailleur dans un chantier considéré. Suite à sa maladie rénale il a quitté son travail.

#### Présentation et analyse de l'entretien

Le patient ne souffrait d'aucune maladie chronique, mais en 2018, le patient a commencé à se sentir très fatigué sans aucune raison, des troubles de l'appétit et des vomissements, ce qui a incité le patient à se rendre chez le médecin pour vérifier son état de santé. Après les tests, le médecin lui a dit qu'il souffrait d'insuffisance rénale chronique et que ses reins ne remplissaient plus leurs fonctions.

Après la nouvelle que le médecin lui a annoncé, il a été traumatisé et il a sorti en pleurant sans dire aucun mot car il savait ce que signifiait cette maladie et combien il était difficile de vivre avec, en disant : « asmi idinayid tviv tiyezalikh muthent, feghed direct thedough therough ,leghachi tesigiweniyid » « quand le médecin m'a parlé de ma maladie, je suis immédiatement parti en pleurant et les gens me regardaient ».

Pour lui cette maladie lui a bouleversé sa vie, son avenir, en disant : « lligh s sehaw,dakheddamm,thettegh ayen bghigh, kheddmegh achu bghigh, mais thura koulchi ibeddel, 3 snin nek da i wanken ha tqebblegh ayen iyyitran » ; « j'étais en bonne état de santé, je travaille, je mange ce que je veux, je faisais ce que je veux, aujourd'hui tout a changé, je suis là depuis trois ans et je n'arrive pas à accepter tous ce qui m'est arrivé », et avec cette maladie il doit suivre un régime difficile selon ses dires.

La maladie de Fakir n'est pas héréditaire. Pour lui il ne sait pas d'où vient du coup ni ce qui l'a provoqué. Il éprouve un manque de sommeil, en disant : « oui kha thetsegh ulezmirgh itchegh achou bghigh mais appétit se3igh mais dommage oulezmiregh itechegh achou beghigh », « oui j'ai des troubles de sommeil, quant à l'appétit je l'ai mais malheureusement je ne peux pas manger ce que je veux »

Le patient nous a dit qu'il n'avait pas de bons ou de mauvais souvenirs et pour les projets d'avenir, le patient envisage d'ouvrir une petite boutique pour passer le temps

## **Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

---

disant : «tmeyizegh ifethegh tahanout tamezyantbachou ise3edigh lewe9th » « je veux ouvrir une petite boutique pour passer le temps ».

Fakir n'a pas de bonnes relations avec tous les membres de sa famille, car il y a souvent de nombreux problèmes et conflits entre eux en disant : « chuya dayen nekni gekhamnegh toujours de la guère » ; « dans notre maison tous les jours c'est des guerres ».

Pour ses relations avec ses amis, et ses voisins le patient a des bonnes relations. Et pareil avec l'équipe soignante à l'hôpital.

Pour le coté sexuel le patient n'a pas donné beaucoup d'informations mais selon lui tout comme avant, rien n'a changé.

Pour sa situation actuelle, pour lui trois séance de dialyse n'est pas une chose facile, car il ne sait pas s'il rentrera à la maison ou mourra dans la salle de dialyse, en disant : « iw3er lehal 3 fois par semaine, car ulta3limet mala diwlit iwekham nigh dimthet daha », « trois séances par semaine, c'est dur parce que je ne sais pas si je vais rentrer cher moi ou mourir ici ».

## Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck

Les items	Cotations	Expressions
Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
Pessimisme	1	Je me sens plus découragé qu'avant face à mon avenir
Echecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un raté
Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir quant à la chose qu'avant.
Sentiment de culpabilité	0	je me sens coupable la plus part de temps.
Sentiment d'être puni	1	Je sens que je pourrais être puni
Sentiment négative envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
Pensé au désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
Pleurs	3	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable
Agitation	0	Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude
Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
Indécision	0	je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir aussi de valeur ni être aussi utile qu'avant
Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose
Modification dans l'habitude de sommeil	2b	Je dors beaucoup moins de l'habitude
Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
Modification de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé
Difficulté à se concentrer	0	Je parviens a me concentrer toujours aussi bien qu'avant
Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude
Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
Score	15	
Degré de dépression	Léger	



### **L'analyse de l'échelle de dépression de Beck :**

Après la cotation des items de l'échelle, Fakir a eu un score de 15 points correspond à une dépression légère. Comme il est indiqué dans le manuel de Beck.

Fakir présente une légère perte de plaisir d'après sa réponse « je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant. Une tristesse « je suis tout le temps triste. Le patient est pessimiste concernant son avenir d'après sa réponse : « je me sens plus découragé qu'avant face à mon avenir, aussi un sentiment d'être puni dans l'item N°6 où on a coté le degré 1 à sa réponse ; « je sens que je pourrais être puni ». Il présente aussi une légère perte d'intérêt d'après sa réponse : « je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses », un sentiment de dévalorisation à sa réponse : « je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant, aussi une irritabilité ; « je suis plus irritable que d'habitude.

Il présente aussi d'autres symptômes qui ont une cotation élevée comme dans l'item N°15 où on a coté le degré 3 à sa réponse : « je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable », une perte d'énergie, et aussi modification dans les habitudes de sommeil à ses réponses : « je dors beaucoup moins que d'habitude », « je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose ».

### **Résumé du cas :**

Le moment de l'annonce de la maladie était un événement traumatisant pour le patient, la perte de la fonction urinaire a engendré chez Fakir un sentiment de désespoir concernant son avenir, et pour ses relations familiales, le patient vit dans un environnement familial riche en conflits, ce qui peut entraîner une détérioration de son état de santé.

D'après l'entretien et l'analyse de l'échelle de Beck, Fakir souffre d'une dépression légère dont le score est 15 points, qui se résume par : trouble de sommeil, perte d'énergie, un sentiment de dévalorisation, une tristesse, perte d'intérêt, et pessimisme concernant l'avenir.

### Cas 08 : Wassila

#### Informations personnelles

Wassila est une patiente âgée de 30 ans de Bordj Mira, mariée et mère de 2 enfants, un garçon de 5 ans, et une fille de 3 ans, femme au foyer, d'une petite taille, peau blanche, et yeux marron, c'est une belle femme, Wassila a un niveau d'instruction 9<sup>ème</sup> année (BEF).

#### Présentation et analyse de l'entretien

En 2018, Wassila était enceinte de sa fille, et pendant sa grossesse, elle a toujours ressenti des douleurs aux niveaux des reins, et lorsqu'elle a fait quelques tests, le médecin lui a dit qu'elle souffrait d'une insuffisance rénale chronique.

Lorsque le médecin lui a dit cela, elle a été très touchée par cette nouvelle car elle attendait son bébé avec impatience en disant : *asemi ligh enceinte ferhegh teragih nehar nedireftheqh ili yar ifasniw* mais *asemi idina* *tevive tiyezaliw mouthent choqégh* « quand j'étais enceinte j'étais très heureuse et j'attends le jour où je tiens ma fille dans mes bras, mais quand le médecin m'a annoncé ma maladie rénale, j'ai été vraiment choquée ». Pendant ce temps, la patiente a traversé une période difficile parce qu'elle attendait qu'une joie s'accomplisse, et soudain il se passe quelque chose de mal qui lui enlève cette joie comme s'il s'agissait d'un rêve selon ses dires. Mais malgré tout ça elle a donné naissance à sa fille après un certain temps et elle a commencé la dialyse en 2020.

Pour la patiente, sa maladie n'a pas beaucoup affecté sa vie, elle vit sa vie telle qu'elle était, et elle n'a pas trouvé des difficultés à vivre avec cette maladie en disant ; « *te3ichegh lehayatiw am toujours ,tehewisegh wahi dedriyaw ,areyaziw ,g kham kifkif sewayghasned ayen beghan ,tout facon khedmegh lewajibatiw khera oulichangé* » « je vis ma vie comme avant, je sors avec mes enfants et mon mari et chez moi je commande pour eux ce qu'ils veulent. L'important c'est que je fasse mes devoirs. Rien n'a changé ».

Wassila éprouve un manque d'appétit, même avant sa maladie rénale, en disant : « *oui thetrouhiyi l'appétit déjà 9ebel ihelkhegh tiyezaliw se3igh* toujours a problème » « oui, j'ai un manque d'appétit même avant de tomber malade, j'avais toujours ce problème », et aussi elle éprouve un manque de sommeil, en disant : « *kha thetsegh maté ,ma tesgh ditsegh senath neswaye3e didawekhigh apré oulezmiregh i9legh* » « je ne dors pas du tout, et si je dors, c'est juste pour 2 heures, et je me lève et je ne peux plus me rendormir ».

## Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

---

Pour elle, sa vie n'a pas beaucoup changé, mais la chose qui a changé après sa maladie c'est son corps, qu'elle ne veut pas accepter, en disant : « 9ebel ihelkheh itough se3igh l corps ibha ,la peau tesfet ,mais toura koulchi ibedel ,asemi dithecegh di9imegh tesigigh i le coriw wahi de la peauyiw cheghel pale ,anecheta mera cheghel itarayi heznegh » «avant ma maladie, j'avais un corps harmonieux et beau et une peau claire, mais maintenant tout a changé. Quand je prends une douche, je reste un moment à regarder mon corps et ma peau pale, et cela me rend très triste », et pour l'avenir, elle ne souhaite rien d'autre que de voir ses enfants grandir sous ses yeux et voir leur réussite dans la vie avant sa mort. En disant : « lehadja netmenigh izreggh deriyaw tege3miren zathi wi réusine gedounithensen parce que gethegh imthegh adinedjeggh dibeztouha »« la chose que je souhaite c'est de voir mes enfants grandir devant moi et atteindre les plus hauts grades car j'ai peur de mourir alors que mes enfants sont encore petites ».

Wassila a des bonnes relations avec les membres de sa famille, et rien n'a changé après sa maladie, elle reçoit une grande attention et un grand soutien de leur part, en particulier de son mari, en disant : « khera oulibedel smi helkhegh la famiyiw tede3miyi thethibiyi ,ama tharyaziw ,tamgharthiw,ima nigh timdoukaliw sah sah se3igh la famille le3ali »« rien n'a changé après ma maladie, ma famille m'aime et me soutient, mon mari, ma belle-mère, ma mère ou mes amies franchement, j'ai une famille formidable ».

La patiente a également d'excellentes relations avec l'équipe soignante à l'hôpital, car ils la respectent et la chouchoutent, et elle les décrit comme des personnes très affectueuses qui méritent le meilleur.

Pour le côté sexuelle de Wassila n'a pas changé, tout comme avant, en disant : « asemi khemegh la dialys la première fois hebsent les règles hsbegh mim la vie sexuelle déchangé, mais hamdou allah khera oulichangé mime areyaziw itehibiyi amitough » « quand j'ai fait la dialyse pour la première fois, mes règles se sont arrêtées et j'ai pensé que ma vie sexuelle allait changer, mais Dieu merci rien n'a changé et mon mari m'aime comme avant ».

Concernant sa situation actuelle, elle n'a pas trouvé de difficultés à s'adapter, et pour elle, trois séances de dialyse est une chose normale.

## Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Score et résultats d l'échelle de dépression de Beck

Les items	Cotations	Expressions
Tristesse	0	Je ne me sens pas triste
Pessimisme	1	Je me sens plus découragé (e) qu'avant face a mon avenir
Echecs dans le passé	0	Je n'ais pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un raté
Perte de plaisir	0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent
Sentiment de culpabilité	0	je me sens coupable la plus part de temps.
Sentiment d'être puni	1	Je sens que je pourrais être puni (e)
Sentiment négative envers soi-même	3	Je ne m'aime pas de tout
Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je me l'étais
Pensé au désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
Pleurs	0	Je ne pleur pas plus qu'avant
Agitation	0	Je ne suis pas plus agité (e) ou plus tendu (e) que l'habitude
Perte d'intérêt	0	
Indécision	0	je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable
Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant
Modification dans l'habitude de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me rendormir
Irritabilité	0	Je ne sais pas plus irritable que d'habitude
Modification de l'appétit	2a	J'ai beaucoup moins d'appétit que l'habitude
Difficulté à se concentrer	0	Je parviens a me consentrer toujours aussi bien qu'avant
Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude
Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
Score	13	
Degré de dépression	Légère	

### **L'analyse et résultats de l'échelle de dépression de Beck**

Après la cotation des items du cas Wassila, il a eu un score de 13 point qui correspond à une dépression légère comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Donc on a trouvé des items qui sont pas très élevés comme dans l'item N°02 on a coté le degré numéro 01a ça réponse : « je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir, item N°06 on a coté le degré 1 à ça réponse : « je sens que je pourrais être punie. Et aussi l'item N°08 on a coté le degré N°01 pour ça réponse : « je suis plus critique envers moi-même que je me l'étais ».

On souligne aussi d'autre items qui ont une relation avec la santé physique comme dans l'item N°15 on a coté le degré N°1 à ça réponse : « j'ai moins d'énergie qu'avant » et l'item N°20 on a coté le degré N°1 : « je me fatigue plus facilement que d'habitude ».

Et pour les items les plus élevés dans l'échelle on souligne l'item N°7 où on a coté le degré 03 à ça réponse : « je ne m'aime pas du tout ». wassila a un sentiment négative envers soi-même, on souligne le degré N°10 pour la réponse : « je me réveille de me rendormir, la patiente aussi a une modification de l'appétit comme dans l'item N°18 on a coté le degré 2 pour ça réponse : « j'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude ».

### **Résumé du cas :**

Wassila a vécu dans un état psychologique difficile après l'annonce de sa maladie, surtout qu'elle était enceinte, mais finalement elle l'a accepté avec aisance, car elle a trouvé un soutien suffisant de sa famille, et elle n'a vécu aucun changement dans sa relation sexuelle. Mais la seule chose qui l'a dérangée après sa maladie était le changement de son image corporelle, qui ne pouvait pas l'accepter.

L'analyse des données de l'entretien et l'échelle de dépression de Beck, a constaté que Wassila souffre d'une dépression légère qui se résume par sentiment négative Enver soi, trouble de sommeil et d'appétit, fatigue et perte d'énergie.

### Cas 09 : Ayachi

#### Informations personnelles

Ayachi est un homme âgé de 58 ans, de Kherrata, petite taille, brun, il est aveugle, marié et père de 3 garçons .diplômé en sciences politique, par la suite il a devenu un cadre dans une daïra, suite a ca maladie il a quitté son travail, il est atteint d'insuffisance rénale chronique depuis 2008.

#### Présentation et Analyse de l'entretien

Durant l'entretien notre sujet a accepté de faire l'entretien facilement et a bien participé, il a commencé à répondre à nos questions, il nous a dit que sa maladie d'IRC débutée en 2008 a travers de plusieurs symptômes tels que (la fatigue, faiblesse, des douleurs, perte d'appétit...), mais la première cause c'était le diabète, ce dernier a causé la cécité chez le patient.

Suite aux différentes analyses qu'il a faites, le médecin lui a dit qu'il avait une insuffisance rénale. Concernant sa réaction lors de l'annonce il a été un peu choqué, mais au bout d'un moment il l'a accepté en disant : « dans la vie il faut savoir accepter pour savoir vivre ».

Après sa première séance d'hémodialyse , le patient a ressenti une légèreté dans son corps en disant : « qbel ibdough la dialyse sehoussegh imaniw d l'handicape, mais âpres sehousegh imaniw khelifegh » cela veut dire : « avant de faire la dialyse, je me sentais lourd, mais après l'avoir faite, je me sentais plus léger » ,il a dit encore : « mayella tebghit ilit alaise, ilaq iteqbblet lehlak n tes3it » qui veut dire : « si tu veux être l'aise ,il faut accepter la maladie » . à travers les paroles du patient, il a été constaté qu'il acceptait sa maladie avec facilité et que sa foi en Dieu est forte.

Ayachi était le seul qui est atteint de maladie rénale dans sa famille en disant : « dayen nek ayhelken g la famiyew merra, mais d nek aysebeben il3emriw ha tehadaregh sehaw » cela veut dire : « je suis le seul qui est atteint de maladie rénale au sein de toute ma famille, mais c'est de ma faute, je n'ai pas fait attention à ma santé ».

Et pour le régime alimentaire le patient suit un régime et pour lui, il trouve cela facile car tout est dû à l'habitude.

## **Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

---

Notre sujet passe ces journées quotidiennes avec sa famille qu'il la considère comme la plus belle famille au monde, surtout, il a mis l'accent sur sa nièce qu'il la voit comme toute sa vie, il l'aime au point inimaginable.

Ayachi ne souffre d'aucun trouble de sommeil ou d'appétit, le sentiment de découragement, perte d'appétit, tristesse, désespoir, ni d'avoir énervé pour des futilités il dit : « nek ha jjigh lehlakiw iyyisefchel, koulass d nek ayettlin safel et d nek ayeqwayen fellas » veut dire : « j'ai jamais laissé ma maladie me rendre faible, je suis toujours en haut et je suis le plus fort »

Concernant la réaction de sa famille, elle était normale, mais cela à cause de courage et de la patience de sa maladie, il encourage sa famille qu'il l'aime infiniment et ils le respectent, et il a un très bon comportement à son égard et il n'a jamais pensé déjà d'être rejeté à cause de cette maladie.

Concernant ses relations, avec sa famille, Ayachi a des bonnes relations envers tous, pas seulement avec sa famille mais aussi avec l'entourage, les amis. Il est vraiment soutenu par eux, il a des bonnes relations sociales.

Même avec l'équipe soignante à l'hôpital, le patient a des bonnes relations avec tous les infirmières et les médecins. Il considère chacun d'eux comme une personne humaine et bonne, pas seulement des médecins ou des infirmiers et aussi avec d'autres patients, et pour lui c'est un beau service.

Pour son avenir, il espère qu'il voit tout ces enfants se marier et qu'ils vivent en bonne santé et qu'il réussit dans leur vie.

Quant au côté sexuelle chez le patient, Ayachi n'a pas connu un changement récent concernant sa vie sexuelle en disant : « non pas du tout ».

Et pour sa situation actuelle, Ayachi doit suivre la dialyse trois fois par semaine en disant : « nek ayeqwayen fehlakhiw » veut dire : « je suis plus puissant que ma maladie »

## Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Ayachi :

Les items	Cotations	Expressions
Tristesse	0	Je ne me sens pas triste.
Pessimisme	0	Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
Echecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un (e) raté (e).
Perte de plaisir	0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni.
Sentiment négative envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
Pensées au désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
Pleurs	0	Je ne pleure pas plus qu'avant.
Agitation	0	Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
Perte d'intérêt	0	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
Indécision	0	Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
Perte d'énergie	1	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire une grande chose.
Modification dans l'habitude de sommeil	1b	Je dors un peu plus que d'habitude.
Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
Modification de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé
Difficulté à se concentrer	0	Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent de mon intérêt pour le sexe.
Score	03	
Degré de dépression	minime	



### **L'analyse de l'échelle de dépression de Beck :**

Après la cotation des items de l'échelle, Ayachi a eu un score de 03 points correspond à une dépression minime. Comme il est indiqué dans le manuel de dépression Beck.

Ayachi a choisi presque toutes les réponses avec des cotations minimales et qui ont le degré 0 sauf 3 items qui ont une cotation un peu élevée, comme dans l'item N°15 où on a coté le degré 1 qui signifie une perte d'énergie, à sa réponse : « j'ai moins d'énergie qu'avant », il éprouve aussi une fatigue à sa réponse : « je me fatigue plus facilement que d'habitude », et aussi une modification dans les habitudes de sommeil où on a coté le degré 1b dans l'item N°16: « je dors un peu moins que d'habitude ».

### **Résumé du cas :**

Ayachi n'a pas eu de difficultés à vivre avec sa maladie, mais a pu l'accepter, et tout cela grâce au soutien qu'il reçoit de son entourage, ainsi sa forte croyance en Dieu.

L'analyse des données de l'entretien et l'échelle de dépression de Beck, a constaté que Ayachi souffre d'une dépression minime qui se résume par une fatigue, perte d'énergie et modification dans les habitudes de sommeil.

### Cas 10 : Sofia

#### Informations personnelles

Sofia est une dame âgée de 45ans, de Kherrata, d'une petite taille, brune, des yeux verts et elle porte un voile. Mariée et mère de 3 enfants. Sofia était enseignante de français au CEM, mais après sa maladie rénale elle a quitté son travail.

#### Présentation et Analyse de l'entretien

La maladie rénale de Sofia est liée a des manifestations de certains symptômes (la faiblesse, vomissement, fatigue, fièvre). Cela signifie chez elle un problème rénal. Elle a consulté plusieurs néphrologues pendant 5 ans, mais sans résultant positif en disant : « tviv ntgezzal outhejjigh ,rouhegh partout , les wilayas merra kighaddint .nighas ahath iddafegh la solution i lehlakiw , mais dommage annechten khedamghath merra pour rien , athan tura tkemmilghas s la dialyse », « je n'ai jamais raté aucun néphrologue, je suis allée partout, dans différentes wilayas, j'ai crû que je pourrai trouver une solution pour ma maladie , mais dommage ,tout ce que j'ai fait c'était pour rien, voila maintenant je suis dialysé ». Elle a commencé la dialyse en 2019.

Au début elle avait du mal a accepté sa maladie, lors de sa découverte elle était choqué, en disant « khel3egh milh , chokigh mi yeddinna tviv tigezzalim halkent « . j'avais peur vraiment ,j'étais choqué quand le médecin m'a informée que mes reins sont malades »mais peu a peu elle est arrivée à l'acceptée en disant : « nwich dayen ,dinna aydihbes denithiw ,mais comme-même thella lhaja thesellkiyed g lmouth , asnini hemdoulleh, lmektoub n rebbi »qui veut dire « j'ai crû que c'est fini , ma vie va s'arrêter à ce point-là, mais comme-même y a quelque chose qui m'a sauver de la mort, on disant « hemdoulleh » « pour le destin de Dieu »

Après la première séance d'hémodialyse, elle n'a pas réagit, car elle a des idées sur le déroulement de séances du dialyse auparavant elle nous a dit : « heureusement qrih déjà flehwayji, dili moutheq s lkhel3a » cela veut dire : « heureusement j'ai fait des recherches à propos du sujet, sinon je serai morte de craint».

Notre sujet est la seule malade dans sa famille, elle nous a dit : « dayen nekk ayhelken g la famille, mais sebbaw d la tention » qui veut dire « je suis la seule malade dans la famille, mais c'est l'hypertension artérielle qui était la cause »

## **Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

---

Sofia suit un régime, pour elle ce régime est la meilleur façon pour garder son équilibre ; malgré ses difficultés. Elle essaye toujours d'être en forme malgré tout les complications qui vis en disant : « ilaq iligh toujours en forme iwachu ilthigh derayaw wahi dergaziw » veut dire : « il faut que je serai toujours en forme, pour que je puisse m'occupe de mes enfants et mon mari », malgré sa maladie, elle prit les membres de sa familles en charge pour qu'elle y aura pas d'influence sur eux.

Sofia n'éprouve pas des troubles d'appétits, en disant : « l'appétityiw theqqim amek thella, parce que d'origine ha thetetaggh bezaf, donc kra ulibeddil g Imaklaw ». ca veut dire : « l'appétit est restée tel qu'elle est au paravent, parce que d'origine je ne mange pas trop, donc rien n'est changé » elle est vraiment courageuse, malgré toutes les souffrances qu'elle a vécu, elle répond aux besoins de tous les membres de sa famille.

La patiente ne souffre pas de trouble de sommeil, en disant : « ha s3igh mati a problème g nadam ,surtout gmi khedmegh la dialyse ,nharen n daddith khedmegh 3eyough donc thetsegh .veut dire : « j'ai pas de trouble de sommeil du tout, par contre quand j'ai commencé la dialyse le jour où je la fais, je me sens fatigué, donc je m'en dort ». A cause de sa forte personnalité elle a arrivé a dépasser plusieurs troubles et problèmes, parmi ses problèmes on trouve (la tristesse, le sentiment de désespoir), cela l'aider à augmenter le courage de continuer dans ce traitement, et elle n'a jamais pensée d'arrêter la dialyse parce qu'elle voie la machine comme un rein et elle ne peut pas se séparée d'elle.

Le sujet a des très bonnes relations avec sa famille et avec ses enfants et son mari même avec l'entourage : « tehibbiniyi mera ,ha thejjaniyi ishousagh belli ouhdi ayelligh » « tout mes proches m'aime ,il ne m'ont pas laissé sentir que je suis Seule »

Elle a rajouté : « la famiyiw merra the3awniyi assmi atteh wajegh ,fesseba nsen ayes3igh le courage wahi d l'espoir thura » « toute ma famille m'aide à chaque fois que j'aurais besoin d'eux , et grâce à eux que j'ai ce courage et cet espoir maintenant » ce n'est pas seulement sa famille qu'elle l'aide mais aussi son entourage : les voisins, les amis.

Sofia, a des bonnes relations aussi avec l'équipe soignante a l'hôpital et même avec les patients, elle trouve que le service d'hémodialyse est bon et les décrit comme des gens noble et qui sont au service de Dieu.

Elle a un grande espoir concernant son avenir, elle a un rêve qui est le retour au travail d'enseignement en disant : « lhaja ntmezwarth iyyijerhen mlih glahlaka d lkhedmaw n

## **Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

---

habsegh » « la chose la plus douloureuse pour moi dans cette maladie c'est l'arrêt de mon travail ».

Pour Sofia, sa vie sexuel na pas changé après ca maladie, elle vie sa vie comme avant en disant « non, il ya pas un changement du tous ».

## Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de SOFIA :

Les items	Cotations	Expressions
Tristesse	0	Je ne me sens pas triste.
Pessimisme	0	Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
Echecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un (e) raté (e).
Perte de plaisir	0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
Sentiment d'être puni	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni.
Sentiment négatif envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
Pensées au désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
Pleurs	1	Je pleure plus qu'avant.
Agitation	0	Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
Indécision	0	Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire une grande chose.
Modification dans l'habitude de sommeil	1a	Je dors un peu plus que d'habitude.
Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
Modification de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé
Difficulté à se concentrer	0	Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent de mon intérêt pour le sexe.
Score	06	
Degré de dépression	minime	

## **Chapitre V présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

---

### **L'analyse de l'échelle de dépression de Beck :**

Après la cotation des items de l'échelle de Beck, Sofia a eu un score de 06 points correspondant à une dépression minime, comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Sofia a choisi presque toutes les réponses avec des cotations minimales qui ont une cotation 0.

Notre sujet présente un ensemble de symptômes dépressifs qui ont montrés par son choix des réponses qui ont une cotation de degré 01 comme dans l'item N°10 : « je pleure plus qu'avant », et une perte d'intérêt dans l'item N°12 : « Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses », aussi dans l'item N°16 : « je dors un peu plus que d'habitude », puis une marque de fatigue dans l'item N°20 : « Je me fatigue plus facilement que d'habitude ».

Sofia éprouve une perte d'énergie, où on a coté le degré 02 pour sa réponse dans l'item N°15 : « Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire une grande chose ».

### **Résumé de cas :**

D'après les résultats obtenus dans l'entretien et de l'échelle de Beck on peut conclure que l'insuffisance rénale chronique n'a pas vraiment d'influence sur le psychisme de notre sujet qui a obtenu un score de 06 points correspondant à une dépression minime, qui est causé par sa capacité d'agir et de s'adapter.

## Discussion des hypothèses

Suite aux résultats obtenus par l'analyse des entretiens et les échelles de Beck, nous avons relevé que les personnes souffrent d'une insuffisance rénale chronique et qui traitent par hémodialyse développent une dépression même si avec des degrés différents.

Ce travail a pour but de tenter de confirmer que l'hémodialyse a une influence sur le plan physique, psychique et social.

Dans notre travail nous avons expérimenté 10 cas de patients qui ont une insuffisance rénale chronique, pour cela nous avons formulé 2 hypothèses :

- **« les insuffisances rénale chronique développent une dépression ».**

Il nous semble qu'elle est confirmée chez tous les sujets mais avec des degrés différents.

Les patients atteints d'insuffisance rénale chronique en phase d'hémodialyse souffrent d'une dépression qui se manifeste sur le plan psychologique par des sentiments de dévalorisation, des sentiments pessimistes, une irritabilité, perturbations dans les habitudes de sommeil et d'appétits.....etc. ces symptômes se différencient d'un cas à un autre selon le degré de la dépression.

A partir des résultats obtenus dans l'entretien et l'échelle de Beck, on a remarqué clairement que les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique et qui traitent par hémodialyse développent une dépression, cela montre qu'on a confirmé la première hypothèse générale.

- **« la perte objectivable de la fonction urinaire provoque une perte d'intérêt pour le sexe ».**

Les résultats retirés par l'interprétation des échelles de Beck et l'entretien semi directif à montrer que la plupart des cas n'ont pas constaté un changement concernant leur vie sexuelle, mais 4 cas dans l'ensemble de 10 cas qui ont connus un changement sexuel. donc l'hypothèse est infirmée par ce que les résultats obtenus de notre population d'étude ne représente pas la population mère de tous les hémodialysés

# **Conclusion**



### Conclusion

L'évolution de la pathologie dépressive par fois aggravée par l'existence de certaines maladies chroniques, cette dernière touche le patient de façon permanente tous à la longue de sa vie. Elles touchent des millions de personnes dans le monde.

L'insuffisance rénale chronique mener a l'apparition du trouble dépressif, Les conséquences psychologiques de la maladie chronique sont toujours présents, sans oublier pour certaine les perturbations qui provoque l'augmentation du degré de la dépression cher les patients.

En effet l'insuffisance rénale chronique provoquait les même problèmes, mais ne les résolvent pas tous de la même façon.

Dans le cadre de notre recherche intitulé : « la dépression chez les insuffisantes rénaux chronique » que nous avant réalisée a l'hôpital public de Kharrat au service d'hémodialyse, le résultat obtenu de notre analyse sur les 10 cas étudiés qui représente notre population d'étude a permis de cerner les multiple rapports qui existe entre l'insuffisance rénale et la dépression.

Cette étude porte sur la relation entre la maladie chronique et la dépression, aussi le degré de ce dernier d'un patient a un autre, aussi la perte d'intérêt sexuelle pour certain hémodialysés.

Pour la vérification de nos hypothèses de recherche, on a suivi la méthode clinique qui base sur les observations et l'analyse du discours de chaque patient, on a utilisé des techniques et des outils d'investigations les mieux adapté a ce genre de problématique et qui enrichissent notre recherche comme les entretiens clinique semi directif. Cela nous a permis de collecter des données et de les interpréter d'une façon qualitative pour répondre a nos questions de recherche.

Pour conclure il faut s'avoir que la prise en charge psychologique des patients hémodialysés, doit être multidisciplinaire, c'est-à-dire une prise en charge psychologique et médicale, aussi le soutien de l'entourage qui est un élément essentiel dans la contribue aident les patient dans leur souffrance.

Enfin l'intérêt de ce travaille nous a permis de nos rapprocher de l'un des grandes problèmes de santé qui rencontre notre pays depuis longetemp.et de voire les conséquences de la maladie rénale sur la vie psychique.

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

Est-ce que l'insuffisance rénale chronique à un impact sur l'image du corps chez les hémodialysés ?

## Bibliographique

### ➤ **Ouvrages**

- American Psychiatric Association (2013) **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5** (5e éd.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Normandie, France, Elsevier Masson.
- Association française des infirmières de dialys,(2016) **transplantation et néphrologue (AFIDTW)**, Elsevier Masson.2<sup>eme</sup> édition.
- Beck, T. Steer, R.-A et Brown, G.-K. (1998), **Inventaire de dépression de Beck**. Paris, France, centre de psychologie appliqué, 2<sup>eme</sup> édition.
- Berube,L.(1991),**Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement**, Montréal, édition cheneliere.
- Charles, Sieglried Peretti. (2013). **Comprendre et soigner la dépression** Itali, Elsevier Masson.
- Clarisse fondacci .(2009).**les dépression**. France.
- Elseviers Masson. (2016). **Pratiquer l'éducation thérapeutique**. Rue camille desmoulins. Elseviers masson SAS.
- Emmanuel habimana, ph.D et charlotte cazabon, MA, (2013), **les troubles psychologiques** . Presses de l'université du québec.
- Guy Cabrol,Marie claire Durieux,Hèlène Parat, (2012), **La dépression**, paris, presses universitaires de France, 1<sup>er</sup> édition.
- Hervé Bénony Khadîdja. (1999), **L'entretien clinique**, paris, Dunod retiré : download1591, mediafire.com
- Jean-Louis Pardinielli, (2012), **introduction a la psychologie clinique** France, Armand Colin, 3eme édition.
- J.iotier, C.Mariat, (2012), **Epuration Extrarénale**, paris, France.
- Johann Hari, (2019), **chaque dépression a un sens**, londres, New york , actes sud.
- k.Bayinganae et j.Tafforean ,(2002), **la dépression**, IPH /EPI report Nr, 2002-011

- Lefebvre, G. (2005), *Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et transplantés*, Repéré à:
- <https://www.afidtn.com/Espace-Bibliographie-f-r--948.htm>
- M.A Boubchir, (2004), **Monographie sur l'insuffisance rénale chronique**, Alger.
- Marillou Bruchon-Schweitzer, Emilie Boujut. (2014), **psychologie de la santé**, Paris, Dunod , 2 eme édition.
- Michele Montreil et Jack Doron (2006), **psychologie clinique et psychopathologie**, paris, Presses universitaires de France.
- M.goudemand,(2010), **Les états dépressifs**, Lavoisier SAS.
- P.simon.(2007),**l'insuffisance rénale**, Elsevier Masson.
- Palazzolo, j.(2007), **dépression et anxiété mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge**,Bruxelles ,Belgique.Elsevier Masson.
- Vassilis Kapsamblise (2015), **Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte**.paris, presses universitaire de France.

### ➤ **Dictionnaires**

- M. guillemot et B.blumel, (2013), **le petit Larousse de la psychologie**, Larousse.
- Ybert, E, 2004, **le petit Larousse de la médecine**.

### ➤ **Thèses de doctorat :**

- Claire Meplon-Duquenne, 2017, **place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en dialyse**, université de lille 2.

- Khadidja Mazouz, 2015, **Insuffisance rénale chronique : les médecins généraliste de la délégation de Marrakech**, université Cadi Ayyadi.

➤ **Revue et articles**

- Ledey, D, Mette, C Gagmaynre, R, 2006, **Education du patient et enjeux de santé**, Vol 24, N°1,31 pages.
- Geraldine Lefebvre, G. (2005), *Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et transplantés*,61 .bd Charles de gaulle, petit Quevilly-Rouen,76143,6pages.

➤ **Site web :**

- ([https://aqpamm.ca/les grands-tupes -de-maladies mentale](https://aqpamm.ca/les-grands-tupes-de-maladies-mentale)) consulté le 22-08-2021 a 9 :32.
- (<https://ramsaysante.fr/vous-etes-patient-en-savoir-plus-sur-ma-pathologie/comment-fonctionne-une-hemodialyse>)consulté le 24-08-2021 a 00 :36.

## **Annexe N°01**

### **Le guide d'entretien**

#### **Informations personnels**

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre situation matrimoniale ?
- Combien de frères et sœurs avez-vous ?
- Quelle est votre profession ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?

#### **AXE 1 : information sur la maladie**

- Depuis quand vous avez cette maladie ? et comment elle est apparue ?
- À quel âge votre maladie est diagnostiquée ?
- Quelle est votre réaction le moment d'annonce de votre maladie ? et  
Quelle est votre réaction après la première séance d'hémodialyse ?
- Vous êtes le seul malade des reins dans la famille ?
- Combien de fois par semaine vous faite la dialyse ?
- Suivez-vous un régime ?
- Trouvez-vous des difficultés à vivre avec cette maladie ?
- Est ce que vous arrivez a accepté votre maladie ?

#### **AXE 2 : informations sur la dépression**

- Comment vous passez votre journée quotidienne ?
- Et ce que vous avez une perte appétit ?
- Avez-vous le sentiment de découragement ?
- Avez-vous des troubles de sommeil ?
- Est-ce qu'il vous arrive a vous énervez pour des futilités ?
- Est ce qu'il vous arrive à sentir triste ?
- Est ce que vous penser que votre situation est désespérée ?
- Comment vous voyez votre avenir ?

### **AXE 3 : information familiale et social**

- Quelle est la réaction de votre famille face à votre maladie ?
- Comment votre famille comporte –elle à votre égard ?
- Avez-vous le sentiment d’être rejeté à cause de cette maladie ?
- Êtes –vous soutenus par votre entourage ? par qui généralement ?
- Parlez nous de votre relation avec vous voisin, amis ?
- Qu’elle est votre relation avec l’équipe soignant et d’autre patient ?et qu’il
- Est votre avis sur ce service ?

## **Résumé**

Le but de cette étude est de déterminer l'impacte de l'insuffisance rénale chronique sur la vie psychique du patient et l'apparition des troubles dépressifs, et de définir les contraintes vécues par ces malades sur le plan familiales, sociales et professionnels.

A partir des résultats obtenu, on a confirmé que les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique et qui traitent par hémodialyse développent une dépression mais avec des degrés différents.

On a suivi la méthode clinique qui base sur les observations et l'analyse du discours de chaque patient, et on a utilisé comme technique l'entretien clinique semi directif et l'échelle de Beck, cela nous a permis de collecter des données et de les interpréter d'une façon qualitative pour répondre à nos questions de recherche.

Les mots clés : **insuffisance rénale chronique, dépression, hémodialyse.**