



**HAL**  
open science

# La dépression chez les femmes marocaines hémodialysées atteintes d'insuffisance rénale chronique (dans une clinique privée)

Ghita Hajji Taki

► **To cite this version:**

Ghita Hajji Taki. La dépression chez les femmes marocaines hémodialysées atteintes d'insuffisance rénale chronique (dans une clinique privée). Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03330974

**HAL Id: dumas-03330974**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03330974>**

Submitted on 1 Sep 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Faculté des sciences de la santé**

**Filière : Psychologie Clinique et Psychopathologie**

---

MEMOIRE présenté pour l'obtention du

**MASTER EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE**

Par :

**Ghita HAJJI TAKI**

**La dépression chez les femmes marocaines hémodialysées  
atteintes d'insuffisance rénale chronique  
(dans une clinique privée)**

**Dr Joumana EL Turk**

Doyenne de la Faculté des Sciences de la Santé

**Dr Omar Benyahia**

Docteur en psychopédagogie et enseignant permanent à l'UIC

**Dr Zakaria Abidli**

Docteur en sciences de la santé

**Dr Amal Bourquia**

Docteur en néphrologie

**Présidente du jury**

**Directeur de mémoire**

**Membre du jury**

**Membre du jury**

## Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier **Dieu**, le tout puissant et miséricordieux de m'avoir donné la santé, la volonté et la patience pour pouvoir réaliser ce modeste travail de recherche.

La rédaction de ce mémoire, a créée en moi des doutes et des questionnements, qui m'ont poussé à faire de mon mieux pour que finalement, se rendre compte que la solidarité est essentielle dans mon parcours universitaire. Il faudra être soi - même pour aider l'autre sans forcément recevoir.

Je tiens à remercier la doyenne Dr. **Joumana EL TURK** ainsi qu'à toute l'équipe pédagogique qui dispense d'un enseignement de qualité pour le Master.

Je souhaite adresser un remerciement particulier à Dr. **Omar BENYAHIA**, pour son encadrement et la possibilité de discuter avec lui de ce projet à plusieurs niveaux tant émotif, scientifique et instrumental.

Je profite par le biais de ce mémoire, pour exprimer ma gratitude à l'ensemble du corps professoral qui, non seulement m'a guidé et apporter une aide précieuse mais aussi d'être ce que je suis dans le ici et le maintenant.

Je suis également reconnaissante au centre Al Amal pour m'avoir donné l'occasion de réaliser un travail de terrain ainsi qu'aux personnes ayant eu la gentillesse de participer aux entretiens et donc à l'accomplissement de ce travail. J'adresse un remerciement tout particulier à Dr. **Amal BOURQUIA**, médecin néphrologue pour son soutien, son aide et ses échanges qui ont permis l'avancement de notre étude.

## Dédicaces

Toutes les lettres ne sauront trouver les mots qu'il faut... Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance. Aussi, c'est tout simplement que je dédie ce travail :

A mes chers parents **Ibtissam et Mohammed** qui sont mes piliers, mes exemples, mes premiers supporteurs et ma plus grande force. Merci pour votre présence, votre soutien et surtout votre amour. Tout ce que j'espère, c'est que vous soyez fiers de moi aujourd'hui

A mon cher frère, **Othmane** pour son appui et son encouragement

A ma chère sœur, **Fatine** pour son soutien moral

A toutes mes **Tantes** pour leur soutien tout au long de mon parcours universitaire.

A mon regretté **Oncle Hassan** : Comment t'oublier ? Ta bonté reste encore gravée dans ma mémoire, j'imagine quelle serait ta joie aujourd'hui, j'aurai voulu que tu assistes à l'aboutissement de ces années de dur labeur, Dieu en a décidé autrement.

Que Dieu t'accorde la paix éternelle et t'accueille dans son paradis

A la mémoire de mes **Grands Parents** : Que vous reposiez dans le paradis du seigneur.

A mes **Amis**, pour m'avoir guidé à suivre le bon chemin de la réussite.

Et enfin, à la **Personne** qui saura se reconnaître, je la remercie de m'avoir épaulé et toujours cru en mes capacités.

*« Le contrôle, c'est surtout de ne pas me faire battre par la maladie ; je garde toujours espoir puisque même le soleil se couche et que finalement les étoiles apparaissent....»*

*Une patiente*

## **Résumé**

L'annonce d'une maladie chronique pourrait être perçue difficile, déplorable et lourde à supporter. La dépression suite à une insuffisance rénale chronique pourra engendrer une perturbation et une détresse chez certaines patientes dialysées et est associé à un taux de mortalité important. A l'arrivée au stade terminal de l'insuffisance rénale peut être extrêmement mal vécue par certains, qui vont la considérer comme un échec. La patiente face à la dépendance de la dialyse entraîne des changements sur plusieurs plans : personnelle, familiale et socioprofessionnelle d'où l'existence d'une détresse psychologique et des difficultés d'adaptations. Il est alors nécessaire de traiter et de diagnostiquer la dépression suite à l'insuffisance rénale chronique en mettant en place une prise en charge psychologique multidisciplinaire.

A la lumière de la littérature, notre travail de recherche visera à étudier l'impact de la dépression chez les femmes hémodialysées, lors d'une insuffisance rénale chronique. Pour cela, nous avons mis en place un questionnaire pour mesurer l'intensité et la sévérité de la dépression chez les femmes âgées entre 50 et 65 ans hospitalisés dans une clinique privée puis nous avons effectué des études de cas.

**Mots clés : Insuffisance rénale chronique – Dépression – Hémodialysées – Prise en charge psychologique – Détresse**

## **Abstract**

The announcement of a chronic illness is always difficult, seen as deplorable and burdensome to bear. Depression from chronic kidney disease causes disruption and distress in some dialysis patients and is associated with a high death rate. Coming to the end stage of kidney disease can be extremely badly experienced by some, who will view it as a failure. The patient faced with dialysis dependence brings about changes on several levels: personal, family and socio-professional, hence the existence of psychological distress and adjustment difficulties. It is then necessary to treat and diagnose depression following renal failure by implementing multidisciplinary psychological care.

In light of the literature, our research aims to study the impact of depression in women undergoing hemodialysis in chronic renal failure. To do this, we set up a questionnaire to measure the intensity and severity of depression in women aged 50 between 65 years hospitalized in a private clinic, so we carried out case studies.

**Keywords:** Chronique rénal failure - Depression - Hemodialysis patients - Psychological management - Distress

## **Introduction**

La maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Elle peut générer des incapacités, voire des complications graves. L'insuffisance rénale chronique est une maladie insidieuse désignant une détérioration graduelle et irréversible de la fonction rénale. Elle est le plus souvent, la conséquence d'une détérioration des reins causée par certaines maladies, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, ou encore par la consommation abusive de médicaments comme certains antidouleurs....

L'insuffisance rénale chronique, est aujourd'hui un vrai problème de santé publique du fait de l'augmentation de son incidence et de sa prévalence. C'est le fléau du XXI<sup>e</sup> siècle, doit faire l'objet d'un combat national.

La douleur de la maladie chronique, pourrait engendrer de la dépression qui est considéré comme des troubles fréquents où il y aurait également des fantasmes de mort, entraînant anxiété ou même une angoisse. La prise en charge psychologique est donc importante pour le patient « *qu'il gère le mieux possible sa vie avec une maladie chronique dans le but de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie* » (Haute Autorité de Santé, 2007) .

La maladie rénale chronique, touche environ 200 millions de femmes dans le monde. Elle est plus susceptible de se développer chez les femmes que chez les hommes, avec une prévalence moyenne de 14% chez les femmes et 12% chez les hommes, a indiqué la néphrologue et présidente de l'Association "Reins", Professeure Amal Bourquia, dans un entretien accordé à la MAP, à l'occasion de la célébration de la Journée mondiale du rein.

Ce mémoire a pour objectif, d'essayer de comprendre et d'étudier l'impact de la dépression chez les femmes hémodialysées lors d'une insuffisance rénale chronique. Notamment, en essayant d'analyser les facteurs qui peuvent conduire à une tendance dépressive. Pour cette démonstration, nous nous sommes attachés à l'étude des femmes hémodialysées dans une clinique privée.

## Table des matières

<b>A) Fondement théorique de la recherche</b> .....	11
<b>Chapitre 1 : Insuffisance Rénale</b> .....	11
<i>a) Généralités</i> .....	11
1. Rein et fonction rénale.....	11
1.1.1 Structure du rein.....	11
1.1.2 Fonction du rein.....	12
2. Insuffisance Rénale Chronique.....	13
2.2.1 Définition.....	13
2.2.2 Critères de classification.....	13
2.2.3 Conséquences de l'insuffisance rénale chronique.....	14
2.2.4 Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.....	15
3. Epidémiologie de l'insuffisance rénale.....	16
3.3.1 Incidence et prévalence de l'IRC.....	17
3.3.2 L'étiologie de l'IRC.....	17
4. Les différentes thérapeutiques de suppléance.....	18
4.4.1 Dialyse péritonéale.....	18
4.4.2 Hémodialyse.....	19
4.4.3 Transplantation rénale.....	19
<i>b) Le vécu psychologique chez les insuffisantes rénaux chroniques</i> .....	20
1. Le moment de l'annonce de la maladie.....	20
2. Travail du deuil.....	21
3. Les mécanismes de défenses.....	22
4. L'anxiété.....	23
5. La sexualité.....	25
6. La grossesse.....	25
7. L'activité professionnelle.....	27

<b>Chapitre 2 : La dépression</b> .....	27
2. Définition de la dépression .....	27
2.2.1 Critères du DSM -5- .....	27
2.2.2 Étiologies.....	28
2.2.3 Sémiologie du syndrome dépressif.....	28
2.2.4 Les formes cliniques de la dépression .....	31
2.2.5 Comorbidités .....	32
2.2.6 Diagnostic différentiel.....	33
2.2.7 La dépression et l'insuffisance rénale chronique .....	33
2.8 Prise en charge de la dépression .....	34
A) Le traitement pharmacologique .....	34
B) Les psychothérapies.....	34
C) Électrochocs ou électroconvulsivothérapie (ECT).....	35
3. Préparation des patientes à l'hémodialyse .....	35
3.3.1 Le rôle du psychologue auprès de la femme dialysée .....	35
3.3.2 Déroulement d'une séance d'hémodialyse.....	36
3.3.3 L'image du corps de la femme dialysée.....	36
4. Les théories des représentations de la santé et la maladie .....	37
4.4.1 La représentation personnelle de la maladie (IRC) .....	38
5. Le soutien social perçu .....	38
5.1 Le soutien social .....	38
5.2 L'impact du soutien social .....	39
6. La résilience .....	40
6.6.1 L'intérêt de l'endurance .....	40
6.6.2 Définition de l'endurance.....	40

<b>B) Méthodologie de la recherche</b> .....	42
1) Etat de la question .....	42
2) Question spécifique de la recherche.....	42
3) Objectif et Hypothèse de recherche .....	43
4) But de la recherche .....	43
5) Utilité de la recherche.....	43
6) Type de la recherche.....	44
7) Méthodes.....	44
8) Instruments de collecte des données .....	44
a) Questionnaire.....	44
b) Entretien clinique.....	46
9) Procédure .....	46
10) Population de l'étude.....	46
11) La pré-enquête.....	47
12) Les entretiens cliniques .....	47
* <i>Hafsa</i> :.....	47
* <i>Kaoutar</i> :.....	49
* <i>Batoul</i> :.....	51
A) Analyse et interprétations des résultats .....	54
*Analyse statistique du questionnaire.....	54
B) Discussion des entretiens cliniques .....	55
C) Recommandations .....	56
D) Limites et ouverture de l'étude .....	57
E) Conclusion.....	57
<b>Références bibliographiques</b> .....	65
<b>Annexes</b> .....	6

## **I) Fondement théorique de la recherche**

### **Chapitre 1 : Insuffisance Rénale**

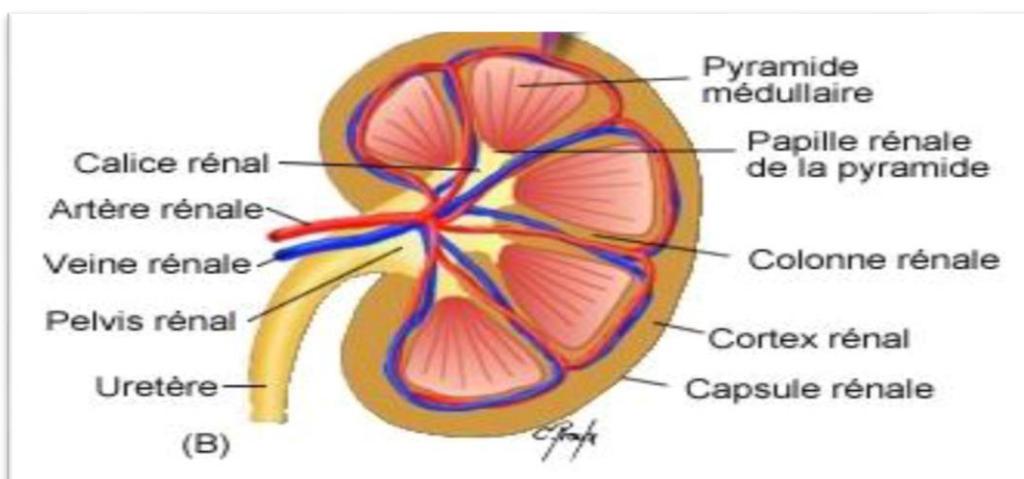
#### *a) Généralités*

Selon le Manuel MSD, la maladie rénale chronique est « une détérioration ancienne et progressive de la fonction rénale ». Les symptômes se développent lentement et comprennent anorexie, nausées, vomissements, stomatite, dysgueusie, nycturie, asthénie, fatigue, prurit, diminution de l'acuité mentale, contractions et crampes musculaires, rétention d'eau, malnutrition, ulcère, neuropathies périphériques et nouvelles convulsions. Le diagnostic pourra reposer sur des examens de laboratoire de la fonction rénale, parfois, suivi d'une biopsie rénale. Le traitement est principalement dirigé vers la maladie initiale mais comprend une prise en charge des troubles liquidiens et de l'érythropoïétine pour l'anémie et souvent une dialyse et/ou une greffe. (Manuel MSD , 2018)

L'IRC est « définie par un seul critère : la réduction du DFG inférieur à 60 ml/min pour 1,7m<sup>2</sup> persistant pendant 3 mois ou plus ». L'évaluation de la fonction rénale du patient s'effectue par l'estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) à partir du dosage de la créatinine sérique de préférence par méthode enzymatique. (T. Krummel et al, 2011)

## **1. Rein et fonction rénale**

### **1.1.1 Structure du rein**



**Figure 1 : La structure d'un rein**

Les reins sont des organes vitaux qui assurent plusieurs fonctions dont une fonction d'épuration de notre organisme et de maintien de l'homéostasie.

Chaque rein, prenant forme de celui d'un haricot, mesurant environ 12 centimètres de hauteur, 6 centimètres de largeur et 3 centimètres d'épaisseur. Il se compose de plusieurs parties :

- **La capsule** : l'enveloppe externe qui protège le rein ;
- **Le parenchyme rénal** : cette partie renferme environ un million de petites structures, les néphrons ; ce sont précisément eux qui filtrent le sang et produisent l'urine ;
- **Les calices et le bassinnet, les cavités** où est collectée l'urine. Une fois fabriquée par les néphrons, l'urine est d'abord recueillie dans les calices puis elle s'écoule dans le bassinnet puis dans l'uretère.

Les reins sont entourés d'une couche de graisse, la graisse périrénale, puis d'une enveloppe de tissu conjonctif appelée fascia rénal ou fascia de Gerota. Ils sont chacun surmontés d'une glande surrénale. (INC, 2020).

### 1.1.2 Fonction du rein

Selon Larousse médical, les principales fonctions du rein sont :

- **L'élaboration de l'urine à partir du sang**, éliminations des déchets et maintien constant du milieu intérieur du corps (équilibre hydro-électrolytique et acido- basique du sang ; → homéostasie) ;
- **La sécrétion d'érythropoïétine**, une hormone permettant la maturation des globules rouges dans la moelle osseuse ;
- **La sécrétion de rénine**, une enzyme servant à réguler la pression artérielle ;
- **La transformation de la vitamine D** en sa forme active.

Un seul rein sain est suffisant pour assurer la fonction rénale, ce qui explique la bonne qualité de vie des sujets ayant subi une néphrectomie (ablation d'un rein). (Wainsten, 2009)

## 2. Insuffisance Rénale Chronique

### 2.2.1 Définition

L'insuffisance rénale est « une altération de la fonction excrétrice des reins, appelée aussi fonction rénale ». Asymptomatique en début de maladie, l'Insuffisance Rénale Chronique (**IRC**) est souvent évolutive et s'aggrave progressivement.

En 2002, Dans les recommandations établies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), l'IRC était définie par la diminution progressive et irréversible de la capacité des reins à assurer leurs fonctions de filtration du sang, de régulation de sa composition et de sécrétion d'hormones. Cette lente détérioration du fonctionnement des reins, conduit à diverses complications, dont l'accumulation des déchets du métabolisme et de l'eau, l'anémie et les troubles cardiovasculaires. L'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (**IRCT**) constitue le stade ultime et a été reconnue comme priorité de Santé Publique en France en 2001 par Bernard Kouchner et en 2003 par le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) en raison de sa fréquence, de sa gravité et du coût élevé de sa prise en charge globale. (Haute Autorité de la Santé, 2010)

### 2.2.2 Critères de classification

Le stade de maladie rénale chronique est défini à partir du DFG estimé et de la présence de marqueurs d'atteinte rénale (tableau 1). Le stade 3 d'insuffisance rénale modérée intègre deux niveaux de sévérité (stade 3A et 3B). Un cosuivi partagé néphrologue-médecin généraliste est recommandé à partir du stade 3B. (Maladie rénale chronique de l'adulte, 2012)

Stade	DFG (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	Définition
1	≥ 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3	Stade 3A : entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
	Stade 3B : entre 30 et 44	
4	entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

**Figure 2 : Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique**

Il existe plusieurs stades de la maladie, selon la valeur du DFG (Figure 2) créée en 2002 par The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NFK/KDOQI) et repris par la HAS en 2012 [8] [9]. Le stade de l'insuffisance rénale est défini par l'estimation du DFG et la présence de marqueurs d'atteinte rénale. (National Kidney Foundation, 2018)

<b>Stage</b>	<b>Description</b>	<b>GFR (mL/min/1.73 m<sup>2</sup>)</b>
<b>1</b>	<b>Kidney damage with normal or ↑ GFR</b>	<b>≥90</b>
<b>2</b>	<b>Kidney damage with mild ↓ GFR</b>	<b>60–89</b>
<b>3</b>	<b>Moderate ↓ GFR</b>	<b>30–59</b>
<b>4</b>	<b>Severe ↓ GFR</b>	<b>15–29</b>
<b>5</b>	<b>Kidney failure</b>	<b>&lt;15 (or dialysis)</b>

**Chronic kidney disease is defined as either kidney damage or GFR <60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> for ≥3 months. Kidney damage is defined as pathologic abnormalities or markers of damage, including abnormalities in blood or urine tests or imaging studies.**

**Figure 3 : Stade d'évolution de l'insuffisance rénale d'après la classification KDOQI**

### **2.2.3 Conséquences de l'insuffisance rénale chronique**

L'apparition des conséquences de l'IRC est du fait que lorsque les reins fonctionnent à moins de 50 % de leur capacité.

Ces conséquences deviennent vraiment sérieuses que lorsque les reins fonctionnent à moins de 30 % de leur capacité. Quand les reins fonctionnent à moins de 10 % de leur capacité, la vie de la personne est en danger.

**Les problèmes de l'insuffisance rénale sont liés au défaut des reins de remplir leurs multiples fonctions:**

- Toxicité par défaut de filtration (urémie), avec fatigue, faiblesse généralisée, manque d'appétit, nausées, vomissements. En présence d'un niveau élevé de toxines, le cœur, les poumons et même le cerveau peuvent présenter des problèmes fonctionnels.
- Rétention d'eau avec œdèmes généralisés, aux jambes, visage. Essoufflement à l'effort et même au repos, particulièrement en position couchée.

- Désordres de la chimie du sang (sodium, potassium, etc.) Par exemple, lorsque le potassium est trop élevé, il peut causer un arrêt cardiaque, un sodium trop bas ou trop élevé peut mener aux convulsions et au coma.

- Anémie par défaut de production de globules rouges, causant une incapacité à l'effort, faiblesse, fatigue. (P. Nantel, 2008)

#### 2.2.4 Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

**A) Diagnostic précoce :** L'identification précoce d'IRC est importante pour donner au malade toutes ses chances de guérison. Les répercussions d'IRC, le handicap qu'elle entraîne, sa morbidité et son coût justifient un dépistage aussi tôt que possible, et l'introduction d'un traitement néphroprotecteur pour tenter de : (J.Fourcade, 2005)

- Retenir l'aggravation progressive par des mesures de prévention secondaire ;

- Atténuer les conséquences (complication associées) ;

- Eviter les erreurs qui peuvent précipiter l'évolution.

Une consultation en néphrologie au tout début d'IRC est un investissement limité, les spécialistes ont là pour objectifs :

- Décider quelle enquête est appropriée, et indiquer le cas échéant, un traitement étiologique en cas de lésion réversible ;

- Effectuer un bilan multidisciplinaire avec le cas échéant l'aide du cardiologue, de l'interniste ou du gériatre ;

- Préciser d'emblée au malade des précautions indispensables, en terme de diététique, et d'emploi de certains médicaments ;

- Mettre en place un traitement néphroprotecteur d'autant plus complexe que l'IRC est avancée ;

- Informer le malade sur les signes d'alerte, les modalités du régime et du traitement, et l'évolution générale de sa maladie.

- Fixer avec lui la fréquence de la surveillance conjointe généraliste néphrologue, et le rôle de chacun dans le suivi.

**B) Information et surveillance** : L'information à pour but de fournir au sujet les informations qui lui sont dues, sur son pronostic personnel et parfois familial, de façon à lui donner des éléments d'orientation pour son projet de vie, en fonction d'une maladie qui va l'accompagner plusieurs dizaines d'années. Mais elle doit respecter son individualité.

Ainsi, il est préférable d'amener le sujet à poser lui-même la question de l'opportunité d'une enquête familiale en cas de néphropathie héréditaire, plutôt que la lui présenter comme une obligation. (J.Fourcade, 2005)

Les objectifs de la surveillance sont :

- Surveiller la bonne conduite, et l'observance du traitement spécifique de la néphropathie, et du traitement symptomatique protecteur;
- Prévenir les risques de décompensation aiguë (en veillant notamment aux agents néphrotoxiques);
- Déceler et prendre en charge les complications évolutives de l'IRC;
- Préparer le sujet cliniquement, et psychologiquement à une éventuelle suppléance.

**C) Orientations thérapeutiques** : Elles ont pour but :

- De prévenir les désordres de l'urémie ;
- De reconnaître et corriger les facteurs de risque associés;
- De ralentir si possible le parcours de l'IRC;
- A défaut d'amener le malade à la dialyse, en prévenant ou en corrigeant au furet à mesure, de leur apparition les complications cardiovasculaires, nutritionnelles de l'IRC. (J.Fourcade, 2005)

### **3. Epidémiologie de l'insuffisance rénale**

L'insuffisance rénale chronique est déclarée au Maroc une priorité majeure de santé publique. Cela résulte d'une croissance régulière de son incidence et de sa prévalence.

### 3.3.1 Incidence et prévalence de l'IRC

L'insuffisance rénale au Maroc est « devenue un véritable fléau qui ronge la santé des adultes mais aussi des jeunes. Les spécialistes sont unanimes quant à l'aspect alarmant des chiffres récents qui font état d'une avancée sensible. Sur un plan épidémiologique, nous considérons que la MRC toucherait plus de 3 millions de Marocains, dont beaucoup arrivent chaque année au stade terminal.

L'absence d'un registre national de IRCT rend difficile l'estimation des variables, cependant selon les quelques données disponibles, l'incidence de l'IRC serait de 4.200 malades/ an dont 40% de diabétiques (Nombre de cas apparus pendant une année au sein d'une population) et sa prévalence de 3.400 malades/an (proportion de personnes malades à un moment donné) ». (A. Bourquia, 2020)

« La prévalence concerne les cas existants, tandis que l'incidence concerne les nouveaux cas. Le Maroc dispose de 380 centres de dialyse dont 230 (60%) dans le secteur libéral et 110 (40%) dans le secteur public comprenant 38 centres gérés par des associations. Le secteur libéral compte plus de 220 néphrologues sur un total de 460. Le nombre total des patients dialysés est d'environ 31.000, 22.500 (72%) dialysés dans le secteur libéral avec près de 3.000 (13%) patients ayant le RAMED pris en charge dans le cadre du partenariat public privé, et 9.000 (29%) dans le secteur public dont 4.500 patients dans les centres des associations. L'âge moyen des patients reste jeune, aux alentours de 50 ans, le diabète représentant la cause principale qui amène les malades à la dialyse ». (A. Bourquia, 2020)

### 3.3.2 L'étiologie de l'IRC

La maladie rénale chronique est une maladie lentement évolutive ; une baisse progressive du débit de filtration glomérulaire s'observe habituellement sur plusieurs années.

Les principales causes de l'insuffisance rénale chronique au Maroc, sont le diabète et l'hypertension artérielle, plus de 50% de la population atteinte de MRC est constituée justement de diabétiques et d'hypertendus. Les pathologies héréditaires ne représentent que 4% des causes de l'insuffisance rénale chronique terminale (Pharmapresse, 2015)

## Causes de l'insuffisance rénale chronique :

- L'hypertension artérielle
- Le diabète
- La consommation abusive de médicaments
- Les affections héréditaires : certaines affections héréditaires peuvent conduire à une insuffisance rénale.
- Les infections chroniques des voies urinaires
- Une pyélonéphrite (infection des reins) récidivante
- La maladie polykystique des reins (présence de plusieurs kystes dans les reins)
- Des affections auto-immunes, comme le lupus érythémateux aigu disséminé
- Un durcissement des artères qui peut endommager les vaisseaux sanguins du rein
- Une obstruction des voies urinaires et un reflux, attribuables aux infections et aux calculs fréquents ou à une anomalie anatomique congénitale
- L'utilisation excessive de médicaments métabolisés par les reins. ([choixdialyse.be](http://choixdialyse.be))

## 4. Les différentes thérapeutiques de suppléance

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

### 4.4.1 Dialyse péritonéale

La DP est une technique ambulatoire réalisée de manière quotidienne. Elle est le plus souvent réalisée à domicile, assistée par une infirmière à domicile en cas de besoin. Cependant, elle peut être réalisée en milieu hospitalier en cas d'hospitalisation ou pour réaliser l'éducation du patient.

Elle assure une épuration extra-rénale par un mécanisme de diffusion et d'osmose en utilisant le péritoine, comme membrane d'échange entre le sang et le liquide de dialyse à l'aide d'un cathéter.

Seulement 10% des patients dialysés utilisent cette méthode malgré un coût inférieur à l'hémodialyse. Pour avoir recours à cette technique, une diurèse résiduelle doit être conservée du fait d'une moins bonne maîtrise que l'ultrafiltration. Cependant, il n'y a pas de valeur seuil.

Il existe deux types de dialyse péritonéale : la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) et la dialyse péritonéale automatisée (DPA).

Le choix entre les deux méthodes dépend du mode de vie du patient, de sa préférence, de son état de santé. Une formation est réalisée afin de l'éduquer et de le rendre autonome. (Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux chroniques (FNAIR), 2016)

#### **4.4.2 Hémodialyse**

L'hémodialyse est une technique de suppléance intermittente (minimum 3 séances de 4 heures par semaine), qui utilise une membrane semi-perméable artificielle extracorporelle. L'un des côtés de cette membrane, reçoit le sang venant du patient, l'autre côté est en contact avec un liquide aux propriétés physico-chimiques proches de celles du plasma (bain de dialyse ou dialysat) qui circule à contre-courant. Les échanges s'effectuent entre le sang et le bain de dialyse au travers de cette membrane selon 2 principes fondamentaux : la diffusion et la convection.

Ces techniques permettent d'améliorer certains paramètres de co-morbidité du patient dialysé comme l'instabilité hémodynamique, la clairance des moyennes molécules, le contrôle lipidique, .... Les patients les plus instables (personnes âgées, décompensés cardiaques,...) peuvent maintenant bénéficier de traitements respectant mieux leur fragilité. Malgré les effets bénéfiques démontrés de ces membranes et de ces techniques sur la co-morbidité des patients, aucune supériorité en termes de mortalité n'a encore pu être prouvée par rapport à l'hémodialyse conventionnelle. Actuellement, seule la «dose» de dialyse (nombre d'heures par semaine) et «l'efficacité» de l'épuration (qualité de l'épuration) ont montré un impact sur la survie des patients. (M.Moonen , X.Warling, 2009)

#### **4.4.3 Transplantation rénale**

La transplantation rénale est une technique chirurgicale qui consiste à prélever le rein sain d'un donneur et de le greffer sur le patient malade dans le but de remplacer le rein défectueux. La greffe préemptive, c'est-à-dire greffe réalisée avant toute dialyse est préférable. Lorsque la transplantation rénale est possible, il s'agit du meilleur traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale. De plus, elle assure une meilleure qualité de vie par rapport à la dialyse.

Le prélèvement de rein, peut se faire sur donneur vivant, sur un donneur décédé après un arrêt cardiaque ou sur un donneur en état de mort encéphalique. Des contre-indications existent et sont les suivantes : cancer évolutif, troubles psychiatriques graves, infections évolutives, cirrhoses virales, état cardio-vasculaire pathologique ou encore patient âgé de plus de 75 ans. (Agence de la biomédecine, 2016)

### *b) Le vécu psychologique chez les insuffisantes rénaux chroniques*

L'insuffisance rénale chronique affecte le côté psychologique de la patiente à tel point qu'elle s'évite tout contact avec l'entourage. Celle-ci est confrontée aux remaniements, voire aux angoisses que subit son corps. L'évolution de cette maladie déstabilise la patiente et la met dans un état de panique, d'angoisse et de scepticisme qui déclenche la plupart du temps des vibrations désagréables, négatives à ségrégation de biochimie du genre cortisol, adrénaline à degré répétitif. Cet état de fait, affaiblit les neurones de premier bord pour commencer à les détruire petit à petit. Et pour donner un aperçu beaucoup plus exhaustif sur la structure psychologique du malade, nous allons traiter en ce qui suit son vécu psychique :

#### **1. Le moment de l'annonce de la maladie**

L'annonce possède un effet fondateur de la relation médecin-malade. Le patient a besoin d'un référent. Il va le choisir comme la personne qui lui a donné les éléments de réponse dont il avait besoin. « La qualité des liens futurs entre les personnes concernées et le médecin dépend beaucoup de la communication qui s'établit lors de la consultation d'annonce. » (Association française contre les myopathies, 2009)

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

Nous pouvons préciser que les premiers moments de la découverte de la maladie, induisent des bouleversements sociaux, psychologiques, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien.

Dans ce contexte, le choc psychique peut limiter les capacités anticipatrices du patient.

Aussi, est-il difficile de préciser le nombre de consultations nécessaires à cette annonce, très variable tant de par les pronostics et retentissements fonctionnels très variés que de la capacité du patient à entendre cette mauvaise nouvelle. Au fil des consultations et du dialogue, avec son patient, le médecin traitant note la progression de celui-ci à assumer son nouvel état. Ainsi, le temps de l'accompagnement de l'annonce, temps privilégié d'écoute et de partage entre soignants et soignés, devient-il le temps du suivi. (Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique, 2014)

## 2. Travail du deuil

La maladie chronique vient bouleverser la représentation du temps et ne manque pas de soulever l'angoisse de la mort. Elle impose ses contraintes et parfois ses handicaps, elle modifie les rapports aux autres et finalement les rapports à soi. Elle impose donc un travail d'acceptation que l'on peut assimiler au travail de deuil. (A. Grimaldi, 2006).

Afin d'expliquer le travail de deuil, nous nous sommes appuyé 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 : (R-E.Kubler, D.Kessler, 2009)

- **Refus, Déni** : 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. (C.Barthelemy, 2008).

### 3. Les mécanismes de défenses

Sigmund Freud est le premier à avoir utilisé le terme « mécanisme » pour connoter le fait que les phénomènes psychiques présentent des agencements susceptibles d'une observation et d'une analyse scientifique.

Nous pouvons définir ainsi, que les mécanismes de défenses sont les «différents types d'opérations dans lesquelles peut se spécifier la défense. Les mécanismes prévalents sont différents selon le type d'affection envisagée, selon l'étape génétique considérée, selon le degré d'élaboration du conflit défensif ». (J-B.Pontalis , J.Laplanche, 1997)

Selon Chabrol et Callaghan, en psychologie de la santé, les mécanismes psychologiques sont mobilisés par les sujets atteints lorsqu'ils sont confrontés à une maladie chronique.

Les mécanismes de défenses sont importants dans le contexte de la maladie afin que le sujet lutte contre la menace de cette dernière ainsi d'établir un équilibre. Ces mécanismes de défenses visent à maintenir un équilibre psychique satisfaisant, qui permet au moi de continuer à fonctionner de manière autonome.

Loin d'être exhaustif, nous allons présenter des mécanismes de défenses provoqués par l'apparition de la maladie qui sont des indicateurs à prendre en considération pour pouvoir saisir les conséquences psychologiques de la maladie sur l'individu : (G-N.Fisher, C.Tarquino, 2014)

- La négation de la réalité : c'est un mécanisme de défense où l'individu nie la maladie. En général, il se manifeste chez des patients victimes de maladies graves, surtout dans les phases avancées. La négation peut n'être que partielle ; le patient déclarera souffrir d'une affection plus bénigne (une grippe plutôt qu'une tumeur au poumon), il niera « en toute bonne foi » les informations qui lui seront fournies.

- La projection : est un mécanisme de défense qui consiste à attribuer à autrui ses propres pensées, attitudes, désirs, peurs. Par exemple, un patient affirmera n'avoir consulté un médecin que parce que sa femme s'inquiétait de ses symptômes et soutiendra que, lui, il sait très bien que ces symptômes sont sans gravité. Dans le cas des patients hospitalisés, nous trouvons des sujets, même gravement atteints, qui attribuent leurs propres symptômes à d'autres patients, tirant une espèce de soulagement du fait que leurs voisins de lit sont plus mal en point qu'eux, même si cela ne correspond pas à la réalité objective.
- La rationalisation : consiste à donner des explications inattaquables sur le plan logique des événements ou à des comportements non acceptés par le sujet au niveau émotionnel.
- La formation réactive : est le mécanisme par lequel l'individu réagit agressivement à la maladie, comme si celle-ci était le fait d'un agent externe. En tant que patient, ce genre d'individu se révèle exigeant toujours mécontent des soins qui lui sont prodigués, polémique à l'égard de tous, antipathique, l'individu se défend contre l'angoisse provoquée par la maladie, en rejetant sur autrui et sur le monde entier la responsabilité de sa position de faiblesse.
- La régression : est un mécanisme où certains aspects cognitifs et comportementaux des premiers stades du développement sont repris afin d'affronter le stress causé par la maladie.

#### 4. L'anxiété

Toute atteinte physique (maladie grave ou bénigne), même transitoire, de l'intégrité corporelle provoque de l'anxiété, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer dans tous les cas un déterminisme biologique.

Parmi les difficultés psychologiques, les plus fréquentes chez les patients hémodialysés on cite : l'anxiété.

« L'anxiété a été considérée comme une émotion caractérisée par l'ambiguïté (de l'information disponible) ou l'incertitude (l'état psychologique conséquent) ».

(P.Graziani, 2003)

Il peut exister différents types d'anxiété :

- **Trouble de panique avec ou sans agoraphobie**

Le trouble de panique se traduit par des crises de panique récurrentes et inattendues (palpitations, sueurs, tremblements) suivies d'une période d'un mois dans laquelle on craint constamment d'avoir une autre crise de panique. Les crises de panique peuvent s'accompagner d'agoraphobie. (D.Varma, 2010)

- **Phobies spécifiques**

Une phobie spécifique est une crainte marquée et persistante d'un objet ou d'une situation clairement perceptible ou circonscrite. Il y a cinq sous-types: les phobies ayant trait aux animaux, les phobies ayant trait au milieu naturel, les phobies ayant trait au sang, aux injections et aux blessures, les phobies associées à certaines situations, et les autres types de phobies, comme la peur de s'étouffer ou de vomir.

- **Phobies sociales**

Une phobie sociale est une crainte marquée et persistante des situations sociales et des situations où il faut agir en public et où on risque de se sentir gêné. La peur peut être associée à la plupart des situations où il faut agir en public ou se trouver en présence d'autres personnes.

- **Trouble obsessionnel compulsif (TOC)**

Le TOC se manifeste par la présence d'obsessions récurrentes ou de compulsions suffisamment accaparantes pour occasionner un profond trouble ou un dysfonctionnement.

Les obsessions prennent la forme de pensées, d'impulsions ou d'images perturbatrices qui s'imposent sans cesse à la conscience. Les compulsions sont des comportements ou des rituels qu'adopte la personne pour tenter d'éliminer ses pensées obsessionnelles.

- **Trouble de stress aigu**

Le trouble de stress aigu peut se manifester après qu'une personne ait vécu un ou plusieurs événements marqués par un décès, une blessure grave, ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui, après qu'elle ait été témoin de tels événements ou après qu'elle y ait été confrontée. Le trouble se manifeste dans le mois qui suit l'événement traumatisant. Les souvenirs troublants de l'événement, peuvent causer une réaction émotionnelle et donner l'impression de revivre l'événement.

- **Syndrome de stress post-traumatique**

Ce syndrome se manifeste par des symptômes, caractéristiques à la suite d'une exposition à un agent extrême. La réaction à l'événement, doit être une peur intense ou un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Les symptômes se manifestent dans les trois mois qui suivent le traumatisme. Dans certains cas, il peut s'écouler des mois, voire des années, avant que les symptômes n'apparaissent. Des souvenirs perturbateurs, des cauchemars et des flash-back font revivre constamment l'événement traumatisant.

- **Trouble d'anxiété généralisée**

Le trouble d'anxiété généralisée se manifeste par une angoisse et une inquiétude excessive présente la plupart des jours, pendant une période d'au moins six mois, et qui portent sur divers événements ou activités. L'inscription se caractérise par une difficulté à maîtriser l'inquiétude. (D.Varma, 2010)

## **5. La sexualité**

La sexualité fait partie intégrante de la vie. Elle a une incidence sur l'image de soi, la conception que nous avons de l'intimité et la façon de communiquer avec notre partenaire. Plus de la moitié des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (IRC), voient des changements dans leur vie sexuelle. Cela, peut aller d'un simple manque d'intérêt à l'incapacité totale d'atteindre l'orgasme. Ces problèmes peuvent affecter l'estime de soi et peut constituer une source supplémentaire de tension dans la relation intime, déjà mise à rude épreuve.

Pour les hommes, nombre des sujets de préoccupation les plus courants figurent le dysfonctionnement érectile (impossibilité d'obtenir ou de maintenir une érection), la diminution du désir sexuel (libido faible) et les problèmes d'éjaculation.

Pour les femmes, elles peuvent aussi éprouver une baisse de la libido. Elle présente des problèmes de sécheresse vaginale. ( La sexualité et l'insuffisance rénale chronique, 2020) .

## **6. La grossesse**

La grossesse est généralement considérée, comme à haut risque chez les patientes présentant une insuffisance rénale chronique. (D. Golshayan, C. Mathieu et al, 2007)

La grossesse apparaît exacerber les troubles rénaux non infectieux que lorsqu'une HTA non contrôlée est observée en association.

Cependant, une insuffisance rénale sévère (créatininémie > 3 mg/dL [ $> 270$  micromol/L] ou urée sanguine > 30 mg/dL [ $> 10,5$  mmol urée/L]) se manifestant avant la grossesse empêche habituellement de porter la grossesse jusqu'à terme.

L'insuffisance rénale maternelle peut provoquer ce qui suit :

- **Retard de croissance intra-utérin**
- **Mort fœtale tardive**

Après une transplantation rénale, une grossesse à terme non compliquée est souvent possible si les femmes réunissent toutes les conditions suivantes:

- \* **Un rein transplanté en place depuis > 2 ans**
- \* **Fonction rénale normale**
- \* **Aucun épisode de rejet**
- \* **Pression artérielle normale**

La prise en charge thérapeutique de l'insuffisance rénale pendant la grossesse, doit s'effectuer en lien avec un néphrologue. La PA et le poids sont contrôlés toutes les 2 semaines; l'urée et la créatinine sériques ainsi que de la clairance de la créatinine sont fréquemment mesurées, à des intervalles variables selon la gravité et l'évolution de la maladie. Le furosémide ne doit être administré que pour contrôler la PA ou un œdème excessif; certaines femmes ont besoin d'autres médicaments pour contrôler la PA. En cas d'insuffisance rénale sévère, la femme peut être hospitalisée après 28 semaines de grossesse, afin de rendre possibles le repos au lit, le contrôle de la PA et une surveillance étroite du fœtus. Si les tests prénataux restent normaux et rassurants, la grossesse est poursuivie.

L'accouchement est habituellement provoqué avant terme, du fait de la détection d'une pré-éclampsie, d'un retard de croissance intra-utérin ou d'une insuffisance utéro-placentaire. L'amniocentèse destinée à vérifier la maturité des poumons fœtaux permet parfois de déterminer la date de l'accouchement; un rapport lécithine/sphingomyéline  $> 2:1$  ou la présence de phosphatidylglycérol indique la maturité. La césarienne est très fréquente, bien que l'accouchement vaginal soit possible lorsque le col est mûr et qu'aucun obstacle à l'accouchement vaginal n'est évident. (L- A. Friel , 2019)

## 7. L'activité professionnelle

L'activité professionnelle est bénéfique, il s'agit d'une question de valorisation personnelle, mais également, en vue d'une meilleure qualité de vie ou pour des raisons financières. Il arrive que le patient soit en mesure de reprendre son activité professionnelle. Il convient toutefois, d'évaluer au cas par cas la possibilité de réduire ses heures de travail ou de ne plus assurer certaines tâches physiquement contraignantes.

Pour certains insuffisants rénaux, la reprise du travail représente une première étape de réinsertion dans la vie sociale. (P. Mareen)

## Chapitre 2 : La dépression

Selon Delay, « L'humeur disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ». (J.Delay, 1946)

### 2. Définition de la dépression

La dépression (trouble dépressif majeur) est « une maladie médicale courante et grave qui affecte négativement la façon dont nous nous sentons, notre façon de penser et notre comportement. La dépression provoque des sentiments de tristesse et / ou une perte d'intérêt pour des activités autrefois appréciées. Elle peut entraîner une variété de problèmes émotionnels et physiques et peut diminuer la capacité d'une personne à fonctionner au travail et à la maison ». (Américain Psychiatric Association, 1994)

#### 2.2.1 Critères du DSM -5-

Selon le DSM 5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur ou caractérisé sont : (DSM 5, 2015)

A. Au moins 5 symptômes pendant au moins deux semaines, changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit humeur dépressive (1), soit perte d'intérêt ou de plaisir (2).

- (1) Humeur dépressive
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
- (3) Perte ou gain de poids significatif
- (4) Insomnie ou hypersomnie
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur

- (6) Fatigue ou perte d'énergie
  - (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
  - (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
  - (9) Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis
- B.** Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte
- C.** Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
- D.** Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale
- E.** Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

### 2.2.2 Étiologies

La cause exacte des troubles dépressifs reste inconnue, mais des facteurs génétiques et environnementaux sont impliqués.

L'hérédité intervient pour moitié dans l'étiologie (donc moins que dans la dépression d'apparition tardive). Ainsi, la dépression est plus fréquente chez les apparentés au 1er degré des patients déprimés et la concordance entre jumeaux monozygotes est élevée. Les facteurs génétiques influencent aussi probablement le développement de réponses dépressives à des événements indésirables. (MSD, 1891)

Les autres théories se concentrent sur les modifications des taux de neurotransmetteurs, dont la régulation anormale de neurotransmission cholinergique, catécholaminergique (adrénergique ou dopaminergique), glutamatergique et sérotoninergique (5-hydrox tryptamine). Le dysfonctionnement neuroendocrine peut être un facteur impliqué, en particulier sur 3 axes: l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, hypothalamo-hypophyso-thyroïdien et l'hormone de croissance. (MSD, 1891)

### 2.2.3 Sémiologie du syndrome dépressif

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

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

## **1° Forme physique**

### A-Fatigue

L'asthénie se caractérise par une fatigue d'intensité permanente pouvant aller jusqu'à l'épuisement. Elle diffère de la fatigabilité consécutive à un désordre physique par sa prédominance matinale et la non amélioration par le repos. (G.Besançon, 1993)

### B- Ralentissement psychomoteur ou agitation

Le ralentissement psychomoteur au début du tableau clinique, qui se caractérise par une lenteur quant au discours et à l'énoncé, avec une diminution de la volonté « aboulie », mais aussi un ralentissement idéatoire ou bradypsychie, ainsi certains auteurs lui ont accordé une importance au sein de l'étiopathogénie des troubles dépressifs (D.Bennabi et al., 2013)

## **2° Vie affective**

### A- Tristesse intense

L'humeur dépressive se caractérise par une perturbation au niveau des émotions, notamment avec un sentiment d'anhédonie, qui se définit comme étant une incapacité à éprouver du plaisir.(T.Ribot, 1896)

### B-Incapacité à éprouver du plaisir

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

### C-Hypersensibilité émotionnelle

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

### 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). (P.Lamoureux, 2007)

### E-Anxiété

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

## **3° Altérations des fonctions instinctuelles**

### A- Modification de l'appétit et du poids

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, nous observons parfois une augmentation de la prise d'aliments (surtout sucrés) pouvant conduire à une prise de poids. (P.Lamoureux, 2007)

### B- Perturbation du sommeil

Nous constatons une modification quantitative du sommeil, en termes de restriction du temps de sommeil (Insomnie). Ces perturbations représentent à la fois un facteur de risque, mais aussi un symptôme dans la survenue d'un épisode dépressif. (S.Royant- Parola, 2012)

### C- Baisse de la libido

Les personnes souffrant de dépression rencontrent bien souvent une baisse, voire une perte de désir sexuel, associé à la perte d'intérêt (C.Even et al., 2007).

### D- 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. (P.Lamoureux, 2007)

## **4° Symptômes cognitif**

Nous observons un ensemble de symptômes cognitifs délétères au sein de la dépression dont : des difficultés d'apprentissage, de concentration, d'attention et de mémoire, un déficit au niveau de la vitesse de traitement de l'information, ainsi que des difficultés au niveau des fonctions exécutives. (B.Gohier, 2009)

### **2.2.4 Les formes cliniques de la dépression**

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

- **Episode dépressif caractérisé**

Correspond à des épisodes d'une durée de 2 semaines, elle comprend à la fois, l'altération des affects, cognitions, et des fonctions instinctuelles. Il peut apparaître tout seul ou bien être considéré comme facteur de risque ou de rechute. (APA, 2013)

- **Le deuil du normal au pathologique**

Représente un cas particulier, dans cette situation, le sujet ressent de moins en moins les sentiments d'inutilité et de dévalorisation de ses pairs, contrairement au déprimé. (APA, 2013)

Nous retrouvons également, le sentiment de mort du défunt et les idées autour de ce dernier (P.J McCabe, 2015) .

Le deuil est alors considéré comme critère d'exclusion dans le cadre du diagnostic d'un épisode dépressif, sauf dans le cas de la présence de symptômes psychotiques, d'idéations suicidaires ou bien d'un ralentissement psychomoteur majeur. (R.Uhere et al., 2014)

- **Trouble dépressif persistant (La dysthymie)**

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

- **Trouble dysphorique prémenstruel**

Est une forme sévère du syndrome prémenstruel (SPM) avec au premier plan des symptômes psychiatriques, survenant durant la dernière semaine de la phase lutéale et s'améliorant au début de la phase folliculaire. Les caractéristiques essentielles du TDPM sont : une humeur dépressive, une anxiété et une labilité émotionnelle marquées, ainsi qu'une diminution de l'intérêt pour les activités de la vie quotidienne. Le TDPM est une entité clinique notoirement difficile à traiter. (F. Bianchi-Demicheli, 2006).

- **Trouble dépressif induit**

Comprend le cas d'une dépression induite par la prise d'une substance tel que l'interféron dans le traitement des hépatites C et dont les personnes sont considérées vulnérables (R-J Porter, 2003). Il peut également être dû à une affection d'ordre neurologique, endocrinienne, cancéreuse, ou une hypothyroïdie qui est le plus souvent le plus marquée devant le tableau dépressif (F.Ferreri , 2006).

### 2.2.5 Comorbidités

La comorbidité désigne les maladies qui en accompagnent souvent une autre (sa définition est donc éloignée de celle de la morbidité, qui désigne le nombre de porteurs d'une maladie dans une population). (Mallinaltzin, 2020)

Les maladies cardiovasculaires dont la prévalence chez le patient en insuffisance rénale chronique terminale, est dix à trente fois supérieure à la population générale, représentent la première cause de mortalité. L'hypertrophie ventriculaire gauche, l'insuffisance cardiaque et l'athérosclérose sont les principales responsables de la morbi-mortalité cardiovasculaire.

Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire traditionnels identifiés par l'étude de Framingham, seuls le sexe masculin, la race blanche, le diabète sucré et le tabagisme sont retrouvés chez le dialysé. Si la morbidité et la mortalité cardiovasculaires élevées chez les patients en dialyse ont été bien démontrées, l'ampleur de ces paramètres chez les patients insuffisants rénaux chroniques (IRC) non dialysés a été moins bien définie. En effet, ces patients n'ont pas été étudiés de manière aussi attentive que les patients en dialyse et les données épidémiologiques manquaient. (P. Meier, P. Saudan M et al, 2003)

### **2.2.6 Diagnostic différentiel**

Avant de poser le diagnostic d'un trouble dépressif, il est nécessaire d'éliminer toute affection médicale en parallèle, un trouble dépressif induit par une substance, ou bien un autre trouble psychiatrique.

Selon Kossel, qui a pu adapter les diagnostics différentiels d'un épisode dépressif ou troubles sous-jacents à un syndrome dépressif de la manière suivante. (Kossel et al., 2012)

Tout d'abord, il est important d'éliminer tout autre trouble psychiatrique tels que le trouble bipolaire, le trouble schizo-affectif ou les troubles anxieux. Les troubles cardiovasculaires comme l'AVC, les troubles endocriniens, métaboliques, inflammatoires, certaines infections tels que le VIH et les hépatites.

Mais, aussi certains troubles du sommeil, les tumeurs, des abus de substances, des hypovitaminoses comme l'acide folique, des troubles hématologiques comme l'anémie, et finalement certains médicaments qui influencent sur l'humeur notamment les sédatifs, ou bien les relaxants musculaires.

### **2.2.7 La dépression et l'insuffisance rénale chronique**

Les patients atteints d'insuffisance rénale souffrent fréquemment de dépression.

La dépression peut être difficile à identifier chez les patients insuffisants rénaux, car bon nombre de symptômes clés, tels que l'insomnie, la perte de poids ou d'appétit et le manque d'énergie, peuvent également être attribués à la maladie rénale elle-même. Malgré cela, cependant, les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (IRC) et d'insuffisance rénale terminale (IRT ou insuffisance rénale) sont confrontées à des taux de dépression plus élevés en tant que groupe. Contrairement à la maladie rénale, le taux de dépression selon le sexe et la race chez les patients rénaux est assez égal, ce qui signifie qu'il peut affecter n'importe qui. La dépression peut entraîner de moins bons résultats pour la santé, une augmentation des hospitalisations, une qualité de vie inférieure et plus encore. (AKF Staff, 2018).

## 2.8 Prise en charge de la dépression

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

### A) Le traitement pharmacologique

Les médicaments antidépresseurs, fonctionnent bien pour traiter la dépression. Il faudrait parfois, essayer différents médicaments antidépresseurs avant de trouver celui qui convient le mieux à l'individu. Les médicaments qui ont aidé un membre de la famille proche de l'individu sont également susceptibles d'aider l'individu à la recherche d'un traitement.

Les antidépresseurs, prennent généralement un certain temps (2 à 4 semaines) avant d'avoir un impact sur les symptômes. L'appétit, le sommeil et la concentration s'améliorent généralement avant que l'humeur ne commence à remonter. Il est important que les personnes recevant un traitement donnent le temps au médicament avant de décider que le médicament ne fonctionne pas. (American Psychiatric Association, 2013)

### B) Les psychothérapies

Le trouble dépressif, engendre plusieurs conséquences qui altèrent l'ensemble du fonctionnement de l'individu, l'objectif des psychothérapies, est d'essayer d'atténuer la souffrance psychique du patient en éliminant les sentiments négatifs. (P.Igodt , 1997)

Il existe différentes thérapies utilisées dans le traitement des troubles dépressifs :

Les psychothérapies (individuelles, familiales ou de groupe) les plus usuelles et ayant fait leur preuve d'efficacité sont :

- **La psychothérapie de soutien**
- **Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)**
- **Les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique**
- **Les thérapies systémiques.**

D'autres psychothérapies, existent comme la psychothérapie interpersonnelle (TIP) ou la thérapie d'acceptation et d'engagement. En l'absence de données comparatives suffisantes, ces psychothérapies peuvent toutes être mises en œuvre. Les psychothérapies autres que la psychothérapie de soutien sont des psychothérapies structurées. (HAS, 2017)

### **C) Électrochocs ou électroconvulsivothérapie (ECT)**

L'utilisation des électrochocs existe encore, puisque cela reste le traitement le plus efficace dans les cas de résistance très sévère aux autres traitements.

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

Ce type d'intervention est très efficace, mais les chercheurs ne savent pas comment cela fonctionne.

Cependant, ils ont pu, par imagerie, observer des effets qui ne sont pas sans relation avec les phénomènes précédemment expliqués, en particulier, la diminution des signaux dans le cortex préfrontal. (P.Sokoloff)

## **3. Préparation des patientes à l'hémodialyse**

Une préparation psychologique est capitale. Toute patiente atteinte d'une insuffisance rénale chronique progressive, doit être informée longtemps à l'avance, de la nécessité future de la dialyse, de manière à lui permettre, idéalement, de se préparer à cette éventualité et de planifier ses activités en conséquence. Le principe du traitement, doit être expliqué en particulier, le fait que les hémodialyses une fois commencées, devront être poursuivies indéfiniment, à moins de bénéficier d'une transplantation rénale.

La première étape est la vaccination préventive contre l'hépatite B.

La deuxième étape est la création d'un abord vasculaire, sous forme d'une fistule artérioveineuse radiocéphalique au poignet, lorsque l'hémodialyse est la solution retenue.

(L.Dkhissi, 2008)

### **3.3.1 Le rôle du psychologue auprès de la femme dialysée**

La patiente qui souffre d'insuffisance rénale est amenée à traverser différentes étapes qui bouleversent sa vie et celle de son entourage, en commençant par la première étape de l'annonce de la maladie chronique.

Ils viennent ensuite, les périodes de « pré-dialyse », le vécu de la dialyse jusqu'à la transplantation, si le patient choisit cette possibilité et si cette dernière lui est offerte.

Le psychologue devrait pouvoir intervenir, à chaque étape de ce processus, mais cela est souvent difficilement réalisable en pratique, car, à la différence des pays anglo-saxons, ils sont parfois absents des services de néphrologie et de transplantation.

Ce qui peut paraître « paradoxal », lorsque l'on considère les différentes problématiques auxquelles les patients doivent faire face à chacune des étapes de la maladie.

Il ne s'agit pas ici de retracer en détail les répercussions psychologiques de l'insuffisance rénale, mais de faire ressortir en quelques points ce que la patiente traverse et l'importance d'un accompagnement :

L'annonce de la maladie peut faire l'effet d'un choc et entraîner des réactions comme le déni, la fuite ou bien encore être à l'origine d'une dépression ;

La période de « pré-dialyse » est quant à elle celle de changements intenses où le patient et sa famille doivent envisager des modifications de leur style de vie ;

La dialyse renvoie, notamment, à la problématique de la dépendance à la machine ainsi qu'à toutes les peurs que les patients énoncent sans détour (peur de la douleur, de servir de cobaye, de voir son sang à l'extérieur, de perdre son emploi, etc.) comme l'a montré l'étude sur le vécu de la première séance d'hémodialyse. Cette séance est un événement dont les patients se souviennent avec acuité ;

La transplantation ravive l'attente, la culpabilité, la dette, l'adoption d'un organe étranger, la peur du rejet. (M.Grimault, 2012)

### **3.3.2 Déroulement d'une séance d'hémodialyse**

Les séances d'hémodialyse sont réalisées en centre d'hémodialyse, ou en unité de dialyse médicalisée (UDM), ou hors centre en unité d'autodialyse ou à domicile. Le patient qui réalise sa dialyse en établissement, en fonction de ses capacités de déplacement, bénéficie du transport qui lui est adapté. Le patient qui réalise sa dialyse à domicile, a bénéficié d'un apprentissage et met en œuvre son traitement seul ou aidé par une infirmière ou par une personne de l'entourage, formée à la technique. (HAS, 2017)

### **3.3.3 L'image du corps de la femme dialysée**

De nombreux auteurs ont étudié l'image du corps. Des définitions diverses en ont été proposées. Ce concept a évolué au fil du temps et des courants qui animaient les théoriciens et les chercheurs.

P.Schilder, en 1935, parle en premier d'image du corps. Il en donne cette définition «L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes» (P.Schilder, 1968)

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

**\*Le corps morcelé :** En hémodialyse, voir son sang à l'extérieur du corps, et aussi la machine qu'elle la considère comme le bon rein pose le problème de l'intégrité corporelle, une nouvelle dimension morcelé du corps ; c'est-à-dire qu'il y a un renversement interne et externe, le bon rein est artificiel est hors du corps, et le rein mort est à l'intérieur. Cette vision au début est souvent traumatisante et occasionne une modification de vécu corporel.

**\*Le corps déformé et mutilé :** La honte est par ailleurs très présente, bras déformé, parfois de manière très impressionnante par la fistule, marques de piqûre qui peuvent évoquer la drogue, etc. Le cathéter de dialyse péritonéale peut être vécu par les patientes comme une véritable mutilation, certaines femmes craignent de provoquer un dégoût chez leur conjoint. Le cathéter est vécu par les patientes comme un objet étranger à eux même, objet fragile, précieux qui a besoin de protection, qu'on n'ose pas toucher par crainte de l'abîmer. La patiente dialysée a un profond désir d'apparaître comme tout le monde. De ce fait, la préoccupation de l'apparence peut viser à maintenir l'intégrité de soi, c'est un moyen de lutter contre les modifications de l'image du corps liées à la maladie chronique. (S.Tribolet, M.Shahidi, 2005).

#### **4. Les théories des représentations de la santé et la maladie**

Le modèle de représentation de la santé et de la maladie explore la manière dont un individu perçoit l'atteinte. Il part du principe que les individus construisent des représentations et des connaissances en réponse à une maladie et créent des processus d'ajustement psychologique face à un événement critique ou une menace. (E.Girard, 2016)

#### 4.4.1 La représentation personnelle de la maladie (IRC)

Les représentations personnelles que les patientes ont de leur maladie sont aussi bien des descriptions de la maladie que des explications de son origine.

Tout se passe comme si les malades construisaient des interfaces entre eux et la maladie qui sont comme des grilles de lecture permettant de donner du sens à l'évolution ou, au contraire, à la régression de la maladie.

Cela concerne la survenue ou la disparition de certains symptômes, les ressentis, les états internes qui sont saisis et traités, peut être à tort, en lien avec la maladie.

Les représentations personnelles des malades peuvent être conçues comme des éléments préparatoires à l'action. Elles parviennent à lui donner un sens en lien avec la situation du malade. (G-N.Fisher, C.Tarquino, 2014).

### 5. Le soutien social perçu

Toute maladie comporte plusieurs aspects psychosociaux qui interviennent à un titre ou à un autre dans la vie du malade. « Il n'est pas rare que l'étayage familial et culturel qui donne le plaisir d'explorer et la force de se remettre après un malheur, ne soit pas renforçateur » (M.Delage, B.Cyrulnik, 2010)

#### 5.1 Le soutien social

Le soutien social est un facteur pluridimensionnel important chez les sujets atteints d'une insuffisance rénale. Cela permet un développement positif sur son aspect psychique, affectif et social avec la participation de structures spécialisées, qui avec leur soutien, le patient pourra être dans la capacité de mieux gérer sa maladie.

Selon Cohen et al. 2000, Il s'actualise lors des interactions avec les membres du réseau social ou encore lors de la participation à des groupes sociaux. (J.Caron, S.Guay, 2006)

D'après Cobb qui est le pionnier du soutien social affirme: « Il est clair que le soutien social est en tout premier lieu ce qui se passe au niveau humain et affectif entre deux personnes : c'est la communication d'affection, d'estime de soi et du sentiment d'appartenance à un groupe ». (M.Tousignant, 1988)

La prise en charge familiale est essentielle dans l'IRCT. Elle touche le malade au quotidien. Le conjoint, les descendants, les ascendants ou les voisins interviennent au niveau financier, psychologique, moral, physique affectif et spirituel.

« *Je vis avec mon fils, il est tout pour moi, il a toujours été là pour moi* » affirmait un malade.

Mais il y a aussi des proches, d'autres associations, des anonymes et des membres de la communauté sans lien de parenté qui participent par des dons financiers et en nature pour la prise en charge des hémodialysés. Leur présence est quasi quotidienne, sans rémunération, ni formation, leur apport est non négligeable. Ceci corrobore avec le modèle des soins novateurs pour les affections de l'OMS (OMS, 2003) qui précise que la communauté est un acteur important, dans la trajectoire des soins du malade chronique. Aussi, les proches doivent accompagner les malades à travers les différentes étapes de sa maladie.

Ils sont donc appelés à vivre de grands stress, de fatigue, ainsi que les problèmes financiers et médicaux. (J.Herrin et al., 2000)

« *Sa maladie est grave et nous devrions être présent tous les jours* » souligne un accompagnateur d'un malade et d'ajouter « *Ce n'est pas facile mais nous sommes là !* »

## 5.2 L'impact du soutien social

Durant une maladie grave, les sujets hémodialysés ont besoin d'un réconfort, un soutien sur le long terme, pour se sentir en sécurité, et recevoir une aide, dans les aspects liés à une maladie chronique, provoquant la perte d'autonomie et les difficultés d'assurance.

A partir de nombreux travaux en psychologie de la santé, nous observons que le soutien moral, est un facteur essentiel dans les relations humaines. En situation de maladie, il revêt une importance et un relief particulier. (B.Saugeron, P.Sonnier et al, 2016).

Les travaux menés depuis les années quatre-vingt, sur le soutien social, montrent la supériorité du modèle transactionnel sur les modèles de causalité directe et linéaire (Bruchon-Schweitzer, Siksou).

Le fait de ne pas compter seulement sur l'entourage, mais de compter également sur sa propre capacité à s'en sortir, aide la patiente.

Cela lui permet d'affronter sa maladie, de sortir de sa zone de tristesse, et d'accepter ce dont il souffre. « La patiente est encouragé à mettre en place une stratégie pour rechercher, du soutien, de l'écoute, de l'information. Il doit apprendre à compter sur les autres. »

L'expérience des soignants, l'aidera à trouver les personnes compétentes, susceptibles de l'aider. Savoir que nous pouvons compter sur un réseau d'aide, en cas de besoin, diminue l'anxiété ; car nous le savons, l'anxiété lorsqu'elle est importante diminue la capacité à mobiliser ses ressources, pour lutter dans les situations difficiles.

L'outil d'évaluation le plus utilisé, est le Ssq 6 (Social Support Questionnaire, à six items de Sarason et al, 1983), il permet d'évaluer la disponibilité du soutien (quelles personnes peuvent m'aider) et la satisfaction ressentie vis-à-vis de ce soutien. (J. Clerc, D. Raulet et al., 2019)

## 6. La résilience

La manière de gérer la maladie diffère selon chaque patient. Il existe des personnes qui malgré leur état de santé arrivent à se sentir bien et peuvent vivre normalement sans aucune crainte. Nous parlons alors d'endurance.

### 6.6.1 L'intérêt de l'endurance

Le terme endurance, est un concept de la psychologie de la santé, qui permet aux sujets atteints de faire face à la maladie et ce en utilisant des ressources personnelles, pour sortir de son état et aller vers l'acceptation, ce qui d'ailleurs, n'est pas une étape facile. Dans ce sens, le patient peut suivre une psychoéducation avec le psychologue, pour être conscient de ce que la maladie va impliquer et se poser la question de « comment vivre autrement ? ».

Ce travail, pourra également être une étape vers le deuil d'une ancienne vie sans la maladie.

Cet accompagnement, permet alors le maintien d'une identité personnelle sur le long terme, afin que le malade puisse reprendre pleinement sa vie en main.

Une étude qui a été réalisée en 2016 auprès de 10 patients hémodialysés, afin de dépister les capacités à vaincre la maladie, pour les adolescents hémodialysés et de reconstruire leur personnalité. En d'autres termes, c'est de la résilience psychologique qui est définie comme « la capacité de surmonter un traumatisme et/ou de continuer à se construire dans un environnement défavorable. » (M.Tousignant, 2019)

### 6.6.2 Définition de l'endurance

Le terme « *endurance* » a été repris par Kobasa et Maddi, en anglais qui signifie « *Hardiness* » cette notion remonte aux publications anciennes de littérature psychologique et médicale, des quarante dernières années. Ce terme, a été repris par plusieurs auteurs sous des appellations différentes, auto efficacité de Bandura (1977) et *Sens of coherence* (SOC) d'Antonovsky(1987), *croissance post traumatique* de Tedeschi et Calhoun (1996), *recovery* (guérison) de Harvey (1996).

C'est un concept transdisciplinaire, en psychologie appelé la résilience, une définition humaniste : « C'est la capacité d'une personne ou d'un groupe à bien se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères » (Bruchon-Schweitzer, Boujut, 2016).

La résilience s'est développée sous l'impulsion d'approches pluridisciplinaires comme : la psychologie, la sociologie, l'éthologie, la médecine.... Ce processus est un phénomène multifactoriel qui implique l'interaction de facteurs psychoaffectifs, relationnels et sociaux avec les caractéristiques internes du sujet (processus défensifs, personnalité...).

### 6.6.3 Endurance et Santé

Pour qu'une personne résiste à sa maladie, ce n'est pas facile et cela demande du temps et une pensée réflexive à long terme, afin de faire face à tous les pressions externes provenant de l'environnement. Kobasa (1979), distingue trois styles d'attitudes propres aux sujets endurents à savoir; « l'engagement (implication dans la vie sociale), le défi (changement perçu comme une opportunité de développement personnel) et le contrôle (persistance à croire qu'ils peuvent influencer et maîtriser les événements) ». (M.Lourel, 2006)

## **B) Méthodologie de la recherche**

### **1) Etat de la question**

Au cours de notre parcours universitaire, nous nous sommes souvent interrogés, sur les mesures dans lesquelles le psychologue pouvait intervenir, en milieu hospitalier. Et notamment, en se demandant s'il pouvait prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques, de manière à établir un engagement mutuel avec eux, au cœur de leur vulnérabilité. L'insuffisance rénale chronique, bouleverse le plus souvent les conditions de vie antérieures et remet brutalement en cause la qualité de vie, qui fait référence à la santé physique de l'individu, à son état psychologique et à ses relations sociales avec autrui.

A travers une conférence, qui a été menée au sein de l'université internationale de Casablanca qui vise à sensibiliser une campagne au don et à la greffe d'organes, lancée par l'association « Reins » de lutte contre les maladies rénales, qui rentre dans la grande opération nationale de vulgarisation des données scientifiques, concernant l'insuffisance rénale. Malheureusement il faut le dire, une grande population, reste en deçà de la prise de conscience de cette maladie qui gagne d'année en année toutes les catégories de la population marocaine tout âge confondu. Nous avons pu constater l'influence énorme portée par l'idée que cette maladie est très répandue dans le monde entier, qu'elle touche enfants et adultes et bouleverse à tout jamais la vie du sujet.

La raison pour laquelle, nous avons choisi ce sujet, c'est le départ brutal de mon oncle et de mon amie, qui ont été mort, suite à l'insuffisance rénale en phase terminale. Il n'en demeure pas moins, qu'affronter cette terrible vérité, soit préférable à la nier de façon prolongée. A travers notre mémoire, nous souhaiterons leur rendre hommage.

### **2) Question spécifique de la recherche**

La question spécifique est la question moteur autour de laquelle, chemine ses questions qui font venir s'y incrustée pour justement éclairer davantage le questionnement spécifique de notre recherche.

Ayant choisi de travailler sur la problématique de l'insuffisance rénale, et spécialement savoir quel serait l'impact psychologique du traitement par dialyse chez les femmes marocaines ?

A travers cette modeste étude, nous souhaiterons relever la nature de l'impact sur leur bien-être, mais aussi son ampleur, sur la vie de ces patientes et sur leurs états psychologiques.

Généralement, le malade est souvent réduit à sa maladie, alors qu'il faudrait le prendre en charge dans sa globalité avec toute son histoire subjective, concernant la survenue de la maladie, ses interprétations, ses expériences personnelles afin de mieux comprendre le patient mais également, les éléments qui favoriseraient l'existence d'une humeur dépressive au sein d'une maladie.

### **3) Objectif et Hypothèse de recherche**

L'étude que nous avons effectuée à travers mon mémoire de fin d'étude, est basée essentiellement sur l'impact de l'insuffisance rénale, sur la survenue d'une humeur dépressive chez les femmes hémodialysées.

Pour cela, nous avons choisi d'effectuer des entretiens individuels qui allaient nous permettre d'investiguer sur le vécu subjectif du patient en relation avec la maladie.

Pour être clair et précis, nous avons défini un objectif spécifique :

- ✓ Analyser la dépression chez les patientes hémodialysées chroniques dans une clinique privée

En se basant sur l'ensemble de nos lectures scientifiques sur le sujet, nous avons esquissé l'hypothèse suivante :

- ✓ Les femmes hémodialysées souffriraient d'une dépression survenue lors de l'atteinte d'une insuffisance rénale chronique

### **4) But de la recherche**

Le but de ma recherche, consiste à évaluer la prévalence de la dépression et de rechercher les facteurs associés chez les femmes hémodialysées, ainsi que l'importance de l'accompagnement psychologique de ses patientes.

### **5) Utilité de la recherche**

Informers l'opinion publique, sur la maladie rénale, de contribuer à la formation et à l'information sur la dialyse ainsi que, sur l'accompagnement psychologique pour aider à l'insertion et à la réinsertion des personnes atteintes d'insuffisance rénale.

## **6) Type de la recherche**

Dans ce modeste travail de recherche, nous allons mener une étude transversale à caractère exploratoire et descriptive, dont le tout est, de recueillir des informations sur l'état dépressif chez les femmes hémodialysées. Le cadre de notre étude est référentiel.

## **7) Méthodes**

A début de ma recherche, nous avons envisagé d'utiliser une méthode quantitative en administrant un questionnaire à savoir l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS) pour évaluer la prévalence de la dépression et de rechercher les facteurs associés, chez les femmes hémodialysées.

Etant donné que, le questionnaire ne permet pas à la patiente de raconter son récit de vie, nous avons opté pour une méthode qualitative qui nous a permis de comprendre l'histoire de la maladie de la patiente.

## **8) Instruments de collecte des données**

Il est très important de souligner, chemin faisant que la collecte des données exige à ce que nous utilisons à cet effet, deux instruments à savoir le questionnaire et l'entretien semi-directif ou l'étude de cas, car un seul outil est à lui seul insuffisant pour récolter les données nécessaires à analyser. C'est dans ce sens que, les recherches scientifiques universitaires doivent contenir une partie de méthodologie de la recherche, qui consiste à utiliser deux instruments de cueillette de données chez notre clientèle cible, à savoir les femmes hémodialysées. Pour ce faire, deux outils s'imposent à savoir le questionnaire puis ensuite l'entretien semi-directif.

### **a) Questionnaire**

Le questionnaire est défini, comme un ensemble de questions établis par des axes prioritaires qui est le pivot de la problématique, qui est l'objet d'étude. La méthode du questionnaire, repose sur une démarche mathématique, purement rationnelle (J.C Vilatte, 2007), c'est une méthode de recueil d'informations, collectives mise en place afin d'expliquer et de comprendre des faits.

Après plusieurs recherches, nous avons choisi de faire passer aux patientes l'échelle de dépression de Hamilton considérée, comme référence de quantification de la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé avant la séance de dialyse.

**Protocole :** L'Echelle de Dépression de Hamilton ou HDRS pour *Hamilton Depression Rating Scale* a été établie en 1960 par un professeur britannique Max Hamilton, qui a été validé scientifiquement. Elle comprend 17 items est parfois appelée HDRS-17 car il existe plusieurs versions, et la principale différence est le nombre d'items abordés, par exemple l'HDRS-7 et l'HDRS-21.

**But :** Mesurer les changements d'intensité de la symptomatologie dépressive, lors de traitements aux antidépresseurs. Les items présentant d'une part les symptômes fréquemment observés, et d'autre part, les symptômes plus rarement observés, indiquant une forme clinique particulière de dépression.

**Traduction et adaptation** en français : J.D. GUELFY

**Type d'évaluation :** Hétéro-questionnaire

**Temps de passation :** Minimum 30 minutes d'entretien et quelques minutes pour remplir le questionnaire

**Cotation :** Cette évaluation permet de coter une dépression et d'en assurer le suivi

Le score de la sévérité de l'échelle se mesure sur 17 items, plus la note est élevée plus la dépression est grave :

De **10** à **13** : Symptômes dépressifs légers.

De **14** à **17** : Symptômes dépressifs légers à modérés.

Supérieur à **18** : Symptômes dépressifs modérés à sévères.

Le tableau ci-dessous comporte les différents items traités dans le questionnaire choisi :

<b>1.</b> Humeur dépressive	<b>13.</b> Symptômes somatiques généraux
<b>2.</b> Sentiments de culpabilité	<b>14.</b> Symptômes génitaux
<b>3.</b> Suicide	<b>15.</b> Hypochondrie
<b>4.</b> Insomnie du début de la nuit	<b>16.</b> Perte de poids
<b>5.</b> Insomnie du milieu de la nuit	<b>17.</b> Prise de conscience (autocritique)
<b>6.</b> Insomnie du matin	
<b>7.</b> Travail et activités	
<b>8.</b> Ralentissement	
<b>10.</b> Anxiété psychique	
<b>11.</b> Anxiété somatique	
<b>12.</b> Symptômes somatiques gastro-intestinaux	

**Tableau 2 :** Echelle de Dépression de Hamilton dans sa version de 17 items.

## **b) Entretien clinique**

Dans notre travail de recherche, nous nous sommes référés à l'entretien clinique, cette dernière qui va nous permettre d'étudier et d'analyser les entretiens de notre population d'étude.

L'entretien clinique, est assez fréquemment utilisé dans les études qualitatives, consistant à faire une présentation structurée d'une personne et son organisation psychologique à relever les différents éléments cliniques afin de les interpréter.

Selon Revault, l'entretien vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes » (C.Revault, 1989)

Dans notre étude, nous allons effectuer trois entretiens afin de récolter les informations auprès des femmes hémodialysées, avec leur séance de dialyse et de pouvoir raconter leur vécu subjectif face à la maladie.

## **9) Procédure**

Nous avons effectué notre travail de recherche, au centre El Amal pour faire passer le questionnaire d' Hamilton aux patientes hémodialysées pendant leur séance de dialyse puis ensuite nous avons mené un entretien qui leur permettra de raconter leur récit de vie. L'entretien est très important, dans la mesure où il vient compléter le questionnaire que nous avons administré. Sur nos dix patientes, trois d'entre eux, ont pu nous raconter leur vécu par rapport à la maladie et leur ressenti face à cette dernière.

## **10) Population de l'étude**

Suivant la déontologie et l'éthique de la recherche en psychologie clinique, nous avons demandé, le consentement des patients, afin de participer dans à la réalisation de notre travail de recherche.

Au départ, nous avons voulu investigué 30 femmes hémodialysées, mais nous n'avons trouvé que dix patientes, qui ont pu répondre à notre questionnaire. Nous avons décidé d'interroger les femmes seulement, car nous supposons que ces derniers, pouvaient être plus affectées par la maladie que les hommes. Concernant la tranche d'âge, nous avons préféré les femmes entre 50 et 65 ans, puisqu'à cet âge-là, la personnalité des personnes semble plus structurée.

## **11) La pré-enquête**

La pré-enquête est une phase exploratoire, qui nous a permis d'enrichir notre problématique en ce qui concerne la description de notre étude, et l'intérêt de cette dernière qui pourrait également les aider à mieux comprendre leur maladie.

## **12) Les entretiens cliniques**

### **\*Hafsa**

#### **1) L'analyse de l'entretien clinique**

Hafsa, femme âgée de 52 ans, brune aux yeux verts, petite de taille, est la troisième d'une fratrie de 2 membres, d'une 1 sœur et 2 frères. Elle s'est mariée à l'âge de 17 ans avec son cousin, et mère d'un garçon.

Son niveau d'instruction est niveau master, elle exerce en tant que professeur de droit. Nous avons effectué un seul entretien clinique qui s'est terminé par une demande de prise en charge.

### **1- La santé physique actuelle et précédente**

#### **A) La santé antérieure et actuelle**

Durant sa jeunesse, Hafsa était toujours sportive et en bonne santé physique et disait : « Quand j'étais en pleine santé, je n'ai jamais cru qu'un jour je tomberai malade d'une maladie comme celle-ci ». A la mort de son premier fils, elle a eu une dépression grave avec une hypertension artérielle. Après un mois d'hospitalisation, Leïla a eu une insuffisance rénale chronique.

#### **B) Les effets de la maladie de l'insuffisance rénale**

Sa maladie des reins n'est pas héréditaire, elle a engendré l'hypertension artérielle (HTA). L'insuffisance rénale chronique est la complication pour elle de l'ignorance aux conseils du médecin, l'inobservance médicamenteuse et au manque de repos, ainsi qu'avec cette maladie, Leïla a suivi un régime alimentaire pénible.

## **2- La santé psychologique**

### **A) La réaction de la patiente face à sa maladie**

Lors de l'annonce de la maladie, Hafsa n'avait pas cru ce que le médecin lui annonçait et a perdu connaissance, mais après les explications, en lui informant qu'elle restera à vie dépendant à une machine, c'est là où elle a ressenti de la peur, elle rapportait : « je ne sais pas ce que je deviendrai, je serai toujours dépendante à une machine »

### **B) Activités vitales de la patiente (sommeil, appétit ...)**

Hafsa a une perturbation au niveau du sommeil, depuis qu'elle est tombée malade :

« j'ai un manque de sommeil et je me perturbe avec mes rêves ». Elle a un manque d'appétit et a perdu beaucoup de poids suite à sa maladie. Avant, elle pratiquait du tennis et faisait du sport mais plus maintenant car elle est devenue fragile.

### **C) Expression, souvenirs et projets d'avenir de la patiente**

Hafsa regrette sa vie d'avant, et de ce qui est de son futur, elle est devenue pessimiste. En ce qui concerne, ses projets d'avenir, elle est incapable de se projeter. D'après ses dires : « ma vie d'avant me manque, et de ce qu'est de mon avenir je le vois noir carrément, et j'ai rien décidé de ce que je vais faire après. »

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

### **A) Relation avec la famille**

A la découverte de l'insuffisance rénale, Hafsa a manifesté un retrait social, car elle évite de s'afficher beaucoup en public par crainte de découvrir sa maladie

Au fur et à mesure, elle constatait un changement de la part de sa famille, surtout de son mari qu'il l'a délaissé et qui a même penser au divorce. Le seul soutien qui lui reste, c'est sa maman qui prend bien soin d'elle et l'aide à surmonter ses peurs face à la dialyse.

### **B) La vie sexuelle**

Pour le côté sexuelle chez Hafsa, nous n'avons pas pu avoir beaucoup d'informations, à part qu'à cause de la maladie, elle n'a pas eu de rapport sexuel depuis plusieurs mois car elle dit que son couple est en péril.

#### **4- La dépression**

À la salle de dialyse, nous avons constaté que Hafsa, souvent se couvre le visage et ne parle à personne, en plus de cela, elle s'est laissée aller, sa tenue vestimentaire est comme chez les vagabonds.

Elle voit que sa vie, dont elle est en train d'emmenner n'a aucun sens, elle se sent étrangère et toujours triste d'humeur; pour elle, trois séances de dialyse par semaine c'est dur. Elle a tendance à s'isoler et s'enfermer, elle est distraite et pensive à sa situation actuelle.

Elle est pessimiste, n'a pas de projet d'avenir et elle se sent délaissée car son mari a l'intention de la quitter.

Hafsa a passé l'échelle de dépression d'Hamilton et présente le score de 21 points, marqueur d'une dépression modérée à sévère.

#### **\*Kaoutar**

##### **1) L'analyse de l'entretien clinique**

Kaoutar, âgée de 40 ans, mariée, yeux marrons, taille moyenne, elle est la quatrième d'une fratrie de six enfants. Concernant son niveau d'instruction, elle a arrêté ses études après l'obtention du baccalauréat et ne voulait pas continuer ses études. Elle s'est mariée très jeune et devint mère d'une fille et deux garçons.

#### **1- La santé physique actuelle et précédente**

##### **A) La santé antérieure et actuelle**

Dans les antécédents de Kaoutar, aucune maladie n'a été détectée ni d'intervention chirurgicale. En 2018, elle était hospitalisée une fois au service de néphrologie, où les médecins ont diagnostiqué son insuffisance rénale chronique. Elle est sous dialyse depuis 2 ans.

##### **B) Les effets de la maladie de l'insuffisance rénale**

Kaoutar a vécu une enfance et une adolescence saine, issue d'une famille riche ; elle était trop gâtée, aucun problème de santé n'a été signalé chez elle jusqu'à ce que la maladie ait tellement affecté son corps, une maladie qui a changé sa vie complètement. Kaoutar se culpabilise en disant : « c'est moi la fautive, je passais des heures debout à la cuisine à faire du ménage, oui je suis sûre que c'est à cause de ça que je me retrouve ici... ».

## **2- La santé psychologique**

### **A) La réaction de la patiente face sa maladie**

Concernant sa réaction lors de la découverte de sa maladie, elle était choqué a refusé d'accepter son insuffisance rénale en rapportant : « quand le docteur m'a annoncé cette nouvelle, j'ai crié à haute voix et j'ai pleuré à chaud de larmes. J'ai quitté son bureau directement ; je ne savais pas où aller et je marchais en pleurant en étant en colère contre moi-même ». Kaoutar a trouvé des difficultés pour s'adapter vu qu'elle refusait sa maladie : « je n'ai pas pris encore l'habitude mais... ».De plus, nous avons souligné, le sentiment de culpabilité : « c'est ma faute, je n'aurai pas dû rester debout tout le temps ».

### **B) Activités vitales de la patiente (sommeil, appétit ...)**

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

### **C) Expression, souvenirs et projets d'avenir de la patiente**

Kaoutar est pessimiste, n'a pas de projet pour le futur et nous révèle qu'elle regrette sa vie d'avant « j'aimais le voyage, découvrir de nouveaux endroits... mais maintenant je n'ai plus cette occasion ».

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

### **A) Relation avec la famille**

Kaoutar est soutenue par toute sa famille ainsi que son mari qui l'accompagne toujours pendant ses séances de dialyse.

Kaoutar nous informe que ses enfants sont la source de son courage en disant : « elles sont tout pour moi, leur sourire me donne la force pour combattre cette maladie ».

## **B) La vie sexuelle**

Les désirs de Kaoutar ont connu un changement depuis qu'elle a commencé les séances de dialyses.

## **4- La dépression**

Au début, Kaoutar ignorait la signification de sa maladie, elle ne savait pas ce que c'est que l'insuffisance rénale, ou bien la dialyse.

D'après l'entretien que nous avons eu avec elle, il nous est apparu que la dialyse l'a influencé selon ses dires : «ma vie sera toujours dépendante de la machine ». Nous soulignons aussi des symptômes dépressifs chez la patiente : elle manifeste un sentiment de pessimisme, elle nous a affirmé qu'elle n'attend rien de son avenir vu qu'elle est proche de la mort. S'ajoute à cela une sensation de pleurer et de perte de plaisir. Depuis qu'elle est sous dialyse Kaoutar manifeste un manque d'appétit ainsi qu'un dégoût.

Kaoutar a passé l'échelle de dépression d'Hamilton et présente le score de 35 points, marqueur d'une dépression modéré à sévère.

## **\* Batoul**

### **1) L'analyse de l'entretien clinique**

Batoul, jeune fille âgée de 24 ans, brune aux yeux marron, petite de taille, est la deuxième d'une fratrie de 2 membres, d'une sœur et d'un frère.

Son niveau d'instruction est 3<sup>ème</sup> année collège, étudiante qui a arrêté ses études à un âge très précoce avec qui nous avons effectué un entretien qui s'est terminé par une demande de prise en charge.

## **1- La santé physique actuelle et précédente**

### **A) La santé antérieure et actuelle**

Batoul était étudiante au collège en bonne santé ; sa maladie avait commencé en 2010 où elle avait remarqué qu'elle ne grandissait pas comme les autres de son âge, de là, elle avait pris la décision d'aller faire des analyses où elle a trouvé que la créatinine était élevée et qu'elle devait être hospitalisé pour une insuffisance rénale chronique. Elle disait que « ma vie a changé depuis l'apparition de ma maladie ». La patiente est sous dialyse depuis 2010.

## **B) Les effets de la maladie de l'insuffisance rénale**

Batoul a vécu une enfance et une adolescence normale, issue d'une famille modeste, elle a été sous dialyse très jeune et cela a impacté sa vie quotidienne surtout qu'elle a arrêté ses études ce qui a rendu Batoul triste « je voulais étudier et avoir un métier comme tout le monde mais ma maladie ne m'a pas laissé. »

## **2- La santé psychologique**

### **A) La réaction de la patiente face à sa maladie**

La réaction de Meriem face à sa maladie, était un peu choquante en raison qu'elle avait su son insuffisance rénale à un âge précoce. Elle était perturbée psychologiquement, elle avait un repli sur soi, une humeur triste et une envie de ne parler à personne.

### **B) Activités vitales de la patiente (sommeil, appétit ...)**

Batoul a du mal à faire quelques activités, en raison de la fatigue qu'elle ressentait après la dialyse. Elle avait une perte d'appétit, en raison qu'elle n'arrive pas à suivre le régime alimentaire préconisé par le médecin. Après les séances de 4 heures de dialyse, elle sort fatiguée du centre et pars dormir en vue qu'elle avait un problème de sommeil.

### **C) Expression, souvenirs et projets d'avenir de la patiente**

Batoul n'a pas de projet pour son avenir, elle disait « je n'ai plus d'avenir, je suis dépendante d'une machine à vie qui ne me laisse rien faire ».

Mais, elle ne sait pas ce que l'avenir lui réserve « je n'ai aucune idée de ce que l'avenir me réserve mais Dieu seul qui sait »

## **3- Les caractéristiques de la relation d'objet**

### **A) Relation avec la famille**

Batoul possède une famille qui essaye de la soutenir sauf qu'elle préfère s'isoler dans sa chambre et ne voir personne car lors de l'entretien, elle répétait : « je suis faible et je n'accepte pas que personne ne me voit dans cet état ».

#### **4- La dépression**

Durant l'entretien avec la patiente, nous avons constaté que Batoul a subi un traumatisme, ce dernier se manifeste par des symptômes dépressifs qui se résument par des sentiments de tristesses, de culpabilités et d'irritabilités. Elle a perdu tout plaisir et l'intérêt pour les choses qu'elle faisait avant. Batoul refuse sa maladie et la perte de ses deux reins, en déclarant : « Plusieurs fois, je me demande pourquoi exactement moi ? Pourquoi mes reins ne fonctionnent plus, mais pourquoi ? Pourquoi elles ne fonctionnent pas comme les autres ? » . Batoul a passé l'échelle de dépression d'Hamilton et présente le score de 39 points, marqueur d'une dépression modéré à sévère.

## A) Analyse et interprétations des résultats

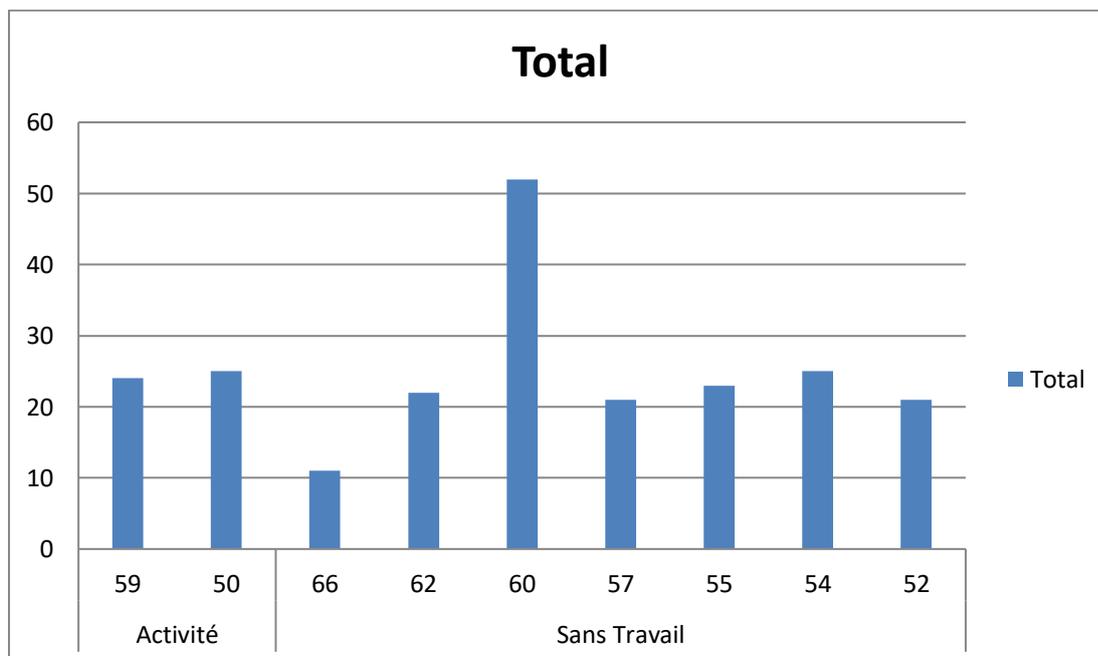
### \* Analyse statistique du questionnaire

Cas	Sexe	Age	Situation maritale	Début de dialyse
Houda	Femme	54 ans	Divorcé	2017
Fatema	Femme	59 ans	Marié	2018
Zakia	Femme	60 ans	Marié	2015
Lamia	Femme	55 ans	Divorcé	2010
Maria	Femme	52 ans	Marié	2012
Karima	Femme	66 ans	Marié	2018
Leila	Femme	50 ans	Marié	2017
Bouchra	Femme	57 ans	Marié	2015
Samira	Femme	60 ans	Marié	2012
Zahra	Femme	62 ans	Marié	2010

**Tableau 1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude.**

Le tableau ci-dessus représente les cas étudiés, au service d'hémodialyse au sein du centre EL AMAL. Ce tableau nous a permis d'englober les différentes caractéristiques des cas ; l'âge, la situation maritale, ainsi que le début de la dialyse. Nous avons opté au

changement des noms pour garder la confidentialité indiquée par la déontologie et l'éthique de la recherche en psychologie clinique.



**Graphique 1 : l'impact de l'âge, la profession et le score sur l'état dépressif**

A partir de ce graphique ci-dessous, qui démontre l'impact de l'âge, la profession et le score sur l'état dépressif des patients. Nous pourrions mettre en avant l'importance de ces différents facteurs dans la survenue d'une dépression. Ce graphique représente les résultats obtenus à l'échelle de dépression de Hamilton qui nous a permis de donner un score relatif à la sévérité des symptômes dépressifs à chacune des participantes.

Parmi les 10 patientes, le score le plus faible s'élève à 11 et appartient à une femme de 66 ans tandis que le score le plus élevé qui est de 52 appartient à une femme de 60 ans et sans activité.

## **B) Discussion des entretiens cliniques**

Il ressort de ces entretiens cités auparavant, qu'elles lient toutes sans exception, leur vie à la bonne santé, ce qui est tout à fait normal mais ce qui blesse le bas, c'est qu'elles tombent dans un désespoir sans limite et une culpabilité vertigineuse comme si elles ont choisi elles-mêmes leur maladie en faisant abstraction des découvertes scientifiques et de la technologie du domaine de l'insuffisance rénale.

Leurs vies s'arrêtent avec la bonne santé, dont elles jouissaient et là nous laissons libre court à la culture d'appartenance, qui stipule que lorsque la personne est en bonne santé, elle a une perception positive d'elle-même et celle de son environnement. Par contre, lorsque la maladie y est, la personne se perçoit mal, ne s'aime plus, se détériore dans sa conception de personne et se voit s'effriter de jour en jour et ce qui est grave dans cet état de fait, c'est que la société de part la culture aggrave la perception de la maladie.

Certes, être en bonne santé et tomber malade dérange énormément et nous préoccupe profondément et affecte le modèle de vie que nous avons, mais ceci ne doit pas nous désarmer au contraire il faut prendre ce mal en patience et s'ouvrir aux découvertes réalisées dans la recherche du corps et d'esprit et à ce propos, nous allons se référer aux travaux de Bruce Lipton et de Joe Dispenza concernant le rapport étroit entre esprit et corps car nos croyances peuvent changer notre biologie.

### C) Recommandations

Nous proposons à la fin de ce modeste travail, tout un ensemble de conseils à intégrer dans notre façon de faire, dans notre système éducatif. Il est à noter que, les conseils dont il s'agit sont tirés de nombreuses interventions des professeurs de renommée internationale tel que, Bruce Lipton, Joe Dispenza, Boris Cyrulnik et Gregg Braden :

- Veiller à véhiculer dans les familles que l'importance et les valeurs de la personne n'est nullement lié à son état physique et que le respect doit être véhiculé ailleurs ; les normes, les valeurs, les qualités morales et intellectuelles etc....
- Pendant la maladie, il faut veiller à éviter d'être malheureux pour plaire au malade et lui montrer combien nous sommes chagrinés en le voyant dans son état de maladie car cela aggrave son état puisque le malade voit son état à partir de la perception qu'il fait du visiteur.(neurones miroirs)
- Après l'hospitalisation et la guérison finale, il faut qu'il y'est un accompagnement sur mesure visant la pleine réintégration dans la famille et la société
- Pour tout un chacun, il faut bien tenir présent à l'esprit que c'est notre état de connexion neuronal qui nous mets dans un état d'aisance, de satisfaction, de joie, ou au contraire nous mène dans le stress, l'angoisse et l'inquiétude. Nous sommes responsables du déclenchement de nos connexions neuronales dans tel ou tel sens.
- Il est à souligner que nous commandons notre cerveau et non pas le contraire, nos idées fabriquent nos pensées, nos pensées fabriquent des actes et nos actes construisent nos émotions. Si nos idées sont positives, nos émotions seront positives et à chaque fois que nous pensons au passé nous allons éveiller les émotions que les expériences ont construites. A chaque fois il faut que nous le répétons, apprenons à mettre les mots sur nos émotions car celui qui ne veut pas ou ne peut pas exprimer son émotionnel, il ne meurt pas mais plutôt il va s'incruster quelque part dans notre corps « maladie = le mal a dit ».

- Egalement, il faut garder présent à l'esprit que le langage du cerveau c'est les idées et les pensées et que le langage du cœur c'est les émotions et les sentiments. Lorsque les idées et les pensées sont d'ordre négatifs et les émotions et sentiments le sont aussi cela affecte le corps grandement et l'abime en souffrance et ce par le biais des flux et des reflux électromagnétiques. Car le cerveau possède une capacité électrique et le cœur possède une grande force magnétique.

#### **D) Limites et ouverture de l'étude**

Suite aux conditions sanitaires que traverse actuellement notre pays, nous avons pu répondre à notre questionnaire avec un échantillon modeste et comme l'a souligné Luc Brunet, chercheur en psychologie industrielle et accompagnement dans les différents éléments organisationnels « Il est souhaitable d'élargir l'éventail du questionnaire à administrer et des répondants à l'entretien semi dirigé ». Cet état de fait, donne beaucoup plus une idée claire sur l'état du phénomène sous l'étude et l'analyse.

De même, pour l'entretien semi dirigé, avec un nombre beaucoup plus élevé à interval élargi prenant en considération l'état psychologique du malade (moment où il se sent mieux, à l'aise sans aucune pression, coopératif et que tout parlera en lui ...). Cela pourrait élargir davantage notre problématique et quand cette dernière est mieux élargie à travers la maîtrise de tous les angles que s'y rejoint, nous pouvons se permettre d'arriver à établir les solutions de la problématique de manière efficace.

#### **E) Conclusion**

Durant notre étude, nous avons constaté que la dépression est un problème de santé publique. L'ensemble des femmes interrogées souffrent de ce trouble, qui les empêche de vivre tranquillement. Au moment où nous avons commencé cette étude, nous étions convaincus de l'utilité de l'échelle de dépression de Hamilton, pour repérer et diagnostiquer la sévérité d'une dépression, afin d'adapter la thérapeutique. Du point de vue santé publique, il semble que le dépistage et la prise en charge efficace de la dépression reposeraient donc, sur un dispositif où les psychiatres et les psychologues joueraient un rôle central sur leur soin. Les représentations à propos du trouble dépressif doivent donc être identifiées par les professionnels de santé, afin d'optimiser l'alliance thérapeutique et l'observance du traitement. Il serait intéressant, de mener une étude similaire, auprès des médecins généralistes, afin d'identifier les déterminants de leurs pratiques dans le cadre de la dépression.

## Références bibliographiques

- La sexualité et l'insuffisance rénale chronique. (2020). Récupéré sur <https://kidney.ca/CMSPages/GetFile.aspx?guid=4228bcd5-a949-4c94-8c3c-bf0c33c5e5db>
- Amal Bourquia. (2020). Insuffisance rénale chronique. Finances news hebdo.
- A. Grimaldi. (2006). La maladie chronique. Cairn. Info.
- A. Renaud. (2002). Dépression, inconscient et vie psychique: pas si mêlant que ça. Récupérer <https://www.psychanalyse.com/pdf/DEPRESSION%20INCONSCIENT%20ET%20VIE%20>
- Agence de la biomédecine, Le rapport médical et scientifique du prélèvement et de la greffe en France en 2013, [En ligne]. Disponible sur: <http://www.agence-biomedecine.fr/> [Consulté le 22 juillet 2016].
- AKF Staff. (2018). Dépression chez les patients atteints d'insuffisance rénale. Récupéré sur American Kidney fund: <https://www.kidneyfund.org/kidney-today/depression-in-kidney-disease-patients.html>
- Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. (2014, Février). Récupéré sur Haute autorité de la santé: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e\\_version\\_format2clics-aa\\_patient\\_mc\\_300414.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2clics-aa_patient_mc_300414.pdf)
- APA. (1994)

- **American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing. Cité dans PEDROSO, V. S. P., SOUZA, L. C., BRUNONI, A. R., TEIXEIRA, A. L. (2015). Post stroke depression: clinics, etiopathogenesis and therapeutics. Archives of Clinical Psychiatry. São Paulo. 42(1), 18–24.**
- **American Psychiatric Association. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM- 5). Elsevier Masson. Cité dans Laurent Eric, Vandel Pierre, Julie Giustiniani(2017). De l'humeur Normale à la dépression en psychologie cognitive, Neurosciences et psychiatrie.**
- **Association française contre les myopathies. (2009, Novembre). Récupéré sur L'annonce du diagnostic.**
- **\*B.Gohier, L.Ferracci, S.Surguladze. A., Lawrence, E., El Hage, W., Ke, M. Z. Le Gall, D. (2009). Cognitive inhibition and working memory in unipolar depression. Journal of Affective Disorders, 116(1-2), 100-105. Cité dans Laurent Eric, Vandel Pierre, Julie Giustiniani(2017). De l'humeur Normale à la dépression en psychologie cognitive, Neurosciences et psychiatrie.**
- **B Saugeron, P.Sonnier, & S.Marchais, (2016). COMETE: un outil pour développer les compétences psychosociales en éducation thérapeutique du patient. Sante Publique, 28(2), 157-161.**
- **B.Schweitzer. (1990). Une psychologie du corps. Paris**
- **Bruchon-Schweitzer, Boujut. (2016). Psychologie de la santé: concepts, méthodes et modèles. Dunod.**

- **C.Barthelemy. (2008). L'annonce du diagnostic d'une maladie incurable et la relation. Récupéré sur <https://www.infirmiers.com/pdf/annonce-diagnostic-maladieincurable->**
- **C.Even et al. (2007). Clinique des troubles dépressifs. Elsevier Masson.**
- **C.Revault. (1989). l'étude de cas: de l'illustration à la conviction". La démarche Clinique en sciences humaines. Dunod.**
- **Choixdialyse.be. (s.d.). Récupéré sur <http://www.choixdialyse.be/fr/index>**
- **D. Golshayan, C. Mathieu et al. (2007). Maladies rénales et grossesse. Revue médicale suisse.**
- **D.Bennabi, P.Vandel, C.Papaxanthis, T.Pozzo, et E.Haffen, (2013). Psychomotor indepression: A systematic review of diagnostic, pathophysiologic, and therapeutic implications.Bio Med Research International. Cité dans Laurent Eric, Vandel Pierre, Julie Giustiniani(2017). De l'humeur Normale à la dépression en psychologie cognitive, Neurosciences et psychiatrie**
- **D.Varma. (2010). Hypnose et troubles anxieux. Paris: L'harmattan.**
- **DSM 5. (2015).**
- **E.Girard. (2016). Les représentations de la maladie : quelle démarche utile pour le clinicien ? Revue médicale suisse.**
- **F. Bianchi-Demicheli. (2006). Le trouble dysphorique prémenstruel : diagnostic et stratégie thérapeutique. Revue médicale suisse.**

- **F.Ferreri, C.Agbokou, P.Nuss., C-S. Peretti,. (2006). Clinique des états dépressifs. EMC Psychiatrie. 3(2), 1-19. Cité dans Laurent Eric, Vandel Pierre, Julie Giustiniani (2017). De l'humeur Normale à la dépression en psychologie cognitive, Neurosciences et psychiatrie.**
- **Fédération nationale d'aide à l'insuffisante rénale chronique (FNAIR), Guide pratique des dialyses, [En ligne]. Disponible sur: <http://www.leciss.org/sites/default/files/Guide%20pratique%20des%20dialyses.pdf> [Consulté le 05 juillet 2016].**
- **Besançon, G. (1993). Anxiété, dépression et psychopathologie du corps. In Manuel de psychopathologie. Dunod. Paris. Cité dans Laurent Eric, Vandel Pierre, Julie Giustiniani (2017). De l'humeur Normale à la dépression en psychologie cognitive, Neurosciences et psychiatrie.**
- **G.Lefebvre. (2005). Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux, Récupéré sur [http://www.afidtn.com/medias/annuaire\\_bibliographie/948\\_template.pdf](http://www.afidtn.com/medias/annuaire_bibliographie/948_template.pdf)**
- **G-N.Fisher, C.Tarquino. (2014). Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Dunod.**
- **Haute Autorité de la Santé. (2017). Épisode dépressif caractérisé de l'adulte.**
- **Haute Autorité de la Santé. (2017, Septembre). Maladie rénale chronique : préparation à la suppléance. Récupéré sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201709/informations\\_pour\\_les\\_professionnels\\_de\\_sante\\_et\\_les\\_equipes\\_de\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201709/informations_pour_les_professionnels_de_sante_et_les_equipes_de_soins.pdf)**

- **Haute Autorité de la Santé. (2010, Septembre). Récupéré sur Note de cadrage « Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale »**  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/note\\_cadrage\\_ircet\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/note_cadrage_ircet_vf.pdf)
- **Haute Autorité de Santé. (2007).**
- **Institut National du Cancer. (2020). Récupéré sur <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-rein/Anatomie-du-rein#toc-la-structure-du-rein>**
- **J. Clerc, D. Raullet et al. (2019). Une nouvelle approche de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Récupéré sur Association française des infirmier(e)s de Dialyse, Transplantation et Néphrologie: [https://www.afidtn.com/medias/annuaire\\_bibliographie/885\\_template.pdf](https://www.afidtn.com/medias/annuaire_bibliographie/885_template.pdf)**
- **J.C Vilatte. (2007). Méthodologie de l'enquête par questionnaire.**
- **J.Caron, S.Guay. (2006). Soutien social et santé mentale: concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. Santé mentale au Québec, 15–41.**
- **J.Delay. (1946). Les dérèglements de l'humeur. Paris.**
- **Fourcade.J. (2005). Insuffisance rénale chronique . Paris: Dunod**
- **J.Herrin et al. (2000). Household Income Losses Associated With Ischaemic Heart Disease for US Employees harmacoeconomics.**
- **J-B.Pontalis, J.Laplanche. (1997). Le vocabulaire de la psychanalyse. Puf.**

- **Kossel et al. (2012). Dépression : analyse décisionnelle pour la prise en charge par le médecin. Revue médicale suisse.**
- **L- A. Friel . (2019). MSD.**
- **L.Dkhissi. (2008). La dialyse. Récupéré sur <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/1340/M0822008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>**
- **M.Delage, B.Cyrulnik. (2010). Famille et résilience. Odile Jacob.**
- **M.Grimault. (2012). L'accompagnement en néphrologie : le rôle du psychologue. Cairn.Info, 44-48.**
- **M.Lourel. (2006). Stress et santé: le rôle de la personnalité.Présentation de quelques outils d'évaluation de la personnalité. cairn.info, 5-13.**
- **M.Moonen , X.Warling. (2009). Récupéré sur QUELLES MÉTHODES DE SUPPLÉANCE AU STADE DE L'INSUFFISANCE RENALE TERMINALE ? : <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/112675/3/Quelle%20m%C3%A9thode%20de%20suppl%C3%A9ance%20au%20stade%20de%20l%27IRC%20terminale.pdf>**
- **M.Tousignant. (1988). Soutien social et santé mentale: une revue de la littérature. Sciences sociales et santé, 77-106.**
- **M.Tousignant. (2019). Soutien social et santé mentale: une revue de la littérature. Sciences sociales et santé, 77-106.**

- **Maladie rénale chronique de l'adulte. (2012, Février). Récupéré sur Haute autorité de la santé : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide\\_parcours\\_de\\_soins\\_mrc\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_mrc_web.pdf)**
- **Mallinaltzin. (2020). Comorbidité. Futura santé.**
- **Manuel MSD version professionnels de la santé. (2018).**
- **Manuel MSD version professionnels de la santé. (1891)**
- **National Kidney Foundation, KDOQI CKD Guidelines, [En ligne]. Disponible sur: [http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines\\_ckd/](http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/) [Consulté le 20 juillet 2016].**
- **Organisation Mondiale de la Santé. (2003). Des soins novateurs pour les affections chroniques, éléments constitutifs.**
- **P. Mareen. (s.d.). Insuffisance rénale . Médipédia "L'encyclopédie des maladies".**
- **P. Meier, P. Saudan M et al. (2003). Comorbidité et facteurs de risque cardiovasculaire liés à l'insuffisance rénale chronique. Revue médicale suisse**
- **Pierre Nantel. (2008, Octobre 29). Les conséquences de l'insuffisance rénale. Coup de Pouce.**
- **P.Graziani. (2003). Anxiété et troubles anxieux. Paris: Nathan.**
- **P.Igodt. (1997). Approche psychothérapeutique de la dépression. In : Reynaert C, Demyttenaere K, editors. Dépression et psychosomatique. Louvain. 255 -266. Cité dans Kristina Bayingana, Jean Tafforeau (2002). La Dépression. Etat de connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique. Institut Scientifique de la Santé Publique Service d'Epidémiologie Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique.**

- McCabe, P.J., Christopher, P.P. (2015). Symptom and Functional Traits of Brief Major Depressive Episodes and of Bereavement. *Depression and Anxiety*. Cité dans Laurent Eric, Vandel Pierre, Julie Giustiniani (2017). *De l'humeur Normale à la dépression en psychologie cognitive, Neurosciences et psychiatrie*.
- P.Lamoureux. (2007). *Dépression en savoir plus pour en sortir*.
- P.Schilder. (1968). *L'image du corps*. Paris: Gallimard.
- P.Sokoloff. (s.d.). *La dépression et ses traitements* . Récupéré sur [http://www.mediachimie.org/sites/default/files/Cerveau\\_p155.pdf](http://www.mediachimie.org/sites/default/files/Cerveau_p155.pdf).
- Pharmapresse. (2015).
- R.Uher, J-L.Payne , B.Pavlova, R-HPerlis. (2014). Major depressive disorder in DSM- 5: implications for clinical practice and research of changes from DSM- IV. *Depression and Anxiety*. 31(6), 459-471. Cité dans Laurent Eric, Vandel Pierre, Julie Giustiniani (2017). *De l'humeur Normale à la dépression en psychologie cognitive, Neurosciences et psychiatrie*.
- Kubler.R-E, Kessler.D. (2009). *Sur le chagrin et sur le deuil*.
- R-J Porter, P. Gallagher, J-M Thompson, et A-H Young . (2003). *Neurocognitive impairment in drug- free patients with major depressive disorder*. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*. 182, 214-220. Cité dans Laurent Eric, Vandel
- Pierre, Julie Giustiniani (2017). *De l'humeur Normale à la dépression en psychologie cognitive, Neurosciences et psychiatrie*

- **Royant- Parola, S. (2012). Insomnie et dépression. Annales Médico-psychologiques, revuepsychiatrique. 170(3), 198-201. Cité dans Laurent Eric, Vandel Pierre, Julie Giustiniani. (2017).De l'humeur Normale à la dépression en psychologie cognitive, Neurosciences et psychiatrie.**
- **S.Tribolet, M.Shahidi. (2005). Nouveaux précis de sémiologie des troubles psychiques. Paris: Heurs de France.**
- **T. Krummel, D.Bazin, A-L. Faller, T.Hannedouche (2011). Diagnostic, facteurs de risque et traitement de l'insuffisance rénale chronique de l'adulte. ELsevier masson.**
- **Wainsten, J.-P. (2009). Larousse médical.**

## Annexes

### **Annexe 1 : L'échelle de dépression de Hamilton**

#### **1- Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)**

0 Absente.

1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).

4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

#### **2- Sentiments de culpabilité**

0 Absents.

1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.

3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

#### **3- Suicide**

0 Absent

1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3 Idées ou gestes de suicide.

4 Tentatives de suicide.

#### **4- Insomnie du début de nuit**

0 Pas de difficulté.

1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.

2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

#### **5. Insomnie du milieu de nuit**

0 Pas de difficulté.

1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.

2 Il se réveille pendant la nuit.

#### **6- Insomnie du matin**

0 Pas de difficulté.

1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

#### **7- Travail et activités**

0 Pas de difficulté.

1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.

3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

#### **8- Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)**

0 Langage et pensées normaux.

1 Léger ralentissement à l'entretien.

2 Ralentissement manifeste à l'entretien.

3 Entretien difficile.

4 Entrevue impossible (la personne se trouve dans un état de stupeur).

## **9- Agitation**

0 Aucune.

1 Crispations, secousses musculaires.

2 Joue avec ses mains, ses cheveux...

3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres...

## **10- Anxiété psychique**

0 Aucun trouble.

1 Symptômes légers (par ex. une tension subjective, irritabilité, perte de concentration)

2 Symptômes modérés (par ex. la personne se soucie de problèmes mineurs)

3 Symptômes sévères (par ex. une appréhension apparente apparaît dans l'expression faciale et la parole)

4 Symptômes très invalidants (par ex. la personne exprime une peur sans que l'on pose de questions)

## **11- Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)**

0 Absente.

1 Discrète.

2 Moyenne.

3 Grave.

4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

## **12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux**

0 Aucun.

1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.

2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

### **13- Symptômes somatiques généraux**

0 Aucun.

1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.

2 Si n'importe quel symptôme est net.

### **14- Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)**

0 Absents.

1 Légers.

2 Sévères.

### **15- Hypochondrie**

0 Absente.

1 Attention concentrée sur son propre corps.

2 Préoccupations sur sa santé.

3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.

4 Idées délirantes hypochondriaques.

### **16- Perte de poids**

A : si selon les dires du malade

0 Pas de perte de poids.

1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.

2 Perte de poids certaine.

B : si appréciée par pesées

0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.

1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.

2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

## **17- Prise de conscience**

0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.

1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.

2 Nie qu'il est malade.

## **Annexe 2 : Questions de l'entretien clinique**

Informations générales sur la patiente :

**Nom :**

**Prénom :**

**Age :**

**Sexe :**

**Ville :**

**Situation familiale :**

**Enfants :**

**Combien :**

**Fratrie :**

**Niveaux d'études :**

**Situation professionnelle :**

**Informations sur la maladie : Anamnèse**

**Antécédents : Médicaments :**

**Chirurgicaux :**

**Motif d'hospitalisation :**

**Histoire de la maladie :**

**Nature de la maladie :**

**Date d'apparition de la maladie :**

**Date du Diagnostic :**

**Les handicaps :**

**Facteurs ayant une influence sur le fonctionnement : (Dépression, médicaments, sommeil, drogue...)**

- Pouvez-vous me parler de votre rythme de vie antérieur ? (travail, relation de couple et familiale, régime alimentaire...)
- Quel a été votre réaction face à l'annonce de votre maladie ?
- Quelle est la date (mois/année) de votre première dialyse ?
- Quelles sont les causes pour vous qui ont provoqué votre insuffisance rénale ?
- Racontez-moi votre vie au quotidien avec le traitement de dialyse que vous suivez actuellement.
- Est-ce que l'idée de mort vous a traversé l'esprit ?
- Jusqu'à quel point les effets de la maladie rénale impacte votre vie quotidienne ?
- Est-ce que votre statut familial a changé ?
- Est-ce que l'amour envers vous-même a changé ?
- Est-ce que votre vision de vous est toujours la-même ?
- Est-ce que vous avez toujours confiance en vous ?
- La perception que vous faite de vous actuellement ?
- La perception que font les gens de vous ?
- Quelle est la perception que vous faites de la perception que font les gens de vous ?

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

- Avez-vous souffert déjà souffert d'un trouble psychologique (dépression, troubles de l'humeur, troubles du comportement alimentaire, phobie,)?
- Comment vous voyez votre maladie ou votre situation actuelle ?
- Avez-vous des sentiments de culpabilité suite à votre situation actuelle ?
- Avez-vous un sentiment de tristesse ?
- Ça vous est déjà arrivé de vouloir quitter la dialyse ?
- Comment vous avez fait pour vous habituer à cette situation ?
- Avez-vous des sentiments d'isolement ?
- Comment vous voyez votre avenir ?
- Avez-vous des projets pour le futur ?
- Comment vous voyez la défaillance de vos reins ?
- Comment vous voyez la perte de vos urines ?
- Est-ce que votre sommeil a changé ?
- Comment est la qualité de votre vie sexuelle avec votre conjoint(e) ?

### **Annexe 3 : Charte d'information et de consentement à l'intention du centre AL AMAL**

Par cette présente charte de consentement, je vous invite à autoriser ma recherche au sein de votre centre d'hémodialyse. Celle-ci portera sur la dépression chez les femmes marocaines hémodialysées atteintes d'insuffisance rénale chronique (dans une clinique privée). Elle est réalisée dans le cadre du projet de Master de l'étudiante en psychologie Ghita HAJJI TAKI sous l'encadrement du Dr. Omar BENYAHIA, professeur permanent à l'Université Internationale de Casablanca.

L'objectif de ce projet de recherche est de :

- ✓ Analyser la dépression chez les femmes hémodialysées chroniques dans une clinique privée

Votre autorisation m'est nécessaire pour me concéder le droit de saisir un échantillon de patientes dialysées et un entretien semi-dirigé qui devront répondre à un questionnaire sous format papier. Celui-ci portera sur l'évaluation de la sévérité de cette maladie ainsi que l'évolution de l'état dépressif de ces patientes.

Leur participation contribuera à éclairer ma recherche.

Le questionnaire attribué est strictement anonyme. Leurs réponses demeureront confidentielles et aucune information permettant de les identifier ne sera recueillie. Les données seront protégées.

Leur participation à cette recherche est strictement volontaire. Les répondantes sont donc libres de refuser d'y participer. Ils pourront également arrêter de répondre au questionnaire à n'importe quel moment.

Lu et approuvé

Signature du responsable du Centre