

Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé

M. Njah¹, M. Nasr² et N. Ben Dhia³

¹Service de médecine communautaire, Faculté de médecine de Sousse;

²Service de psychiatrie, CHU de Mahdia;

³Service de néphrologie et de médecine interne, CHU De Monastir, Tunisie

Résumé • Summary

Statut précaire par excellence, l'insuffisance rénale terminale et son corollaire thérapeutique qui est l'hémodialyse, mettent à l'épreuve les capacités d'adaptation de tout patient. Au cours de ce travail, les auteurs ont tenté d'évaluer, grâce à l'utilisation de plusieurs instruments de mesure, l'importance et les caractéristiques des troubles psychiatriques mineurs chez le patient en hémodialyse. Sur les 109 patients ayant participé à l'étude, les résultats du test de Goldberg (GHQ) confrontés à ceux de l'entretien clinique, révèlent que la morbidité psychiatrique à type de troubles anxio-dépressifs est fréquente. Selon les données du test d'adaptation au stress, nos patients sont arrivés à conserver une bonne humeur mais sont souvent envahis par des idées noires. Dans le domaine de la vie personnelle, l'insatisfaction concerne par ordre décroissant le logement et l'environnement, la relation avec les parents, les amis, le conjoint et la prise en charge.

Ce travail, s'il soulève des problèmes relativement peu abordés aussi bien par le psychiatre que par le néphrologue, insiste sur l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire afin d'assurer la globalité des soins et améliorer ainsi la qualité de vie de l'insuffisant rénal.

Mots clés: Insuffisance rénale – Hémodialyse – Troubles anxio-dépressifs.

Terminal renal failure and haemodialysis are precarious statute which put to the test capacities of adaptation of all patients. In this context, authors tempted to evaluate, using several instruments of measure, the importance and features of minor psychiatric disorders among 109 patients on chronic haemodialysis.

Results of Goldberg test (GHQ) confronted to those of the medical interview reveal that anxio-depressive morbidity is frequent. According to results of the adaptation test to stress, our patients preserve a good mood but are often invaded by black ideas.

In the field of the personal life, dissatisfaction concerns by decreasing order the lodging and the environment of the patient, the relation with parents, friends, the conjoined and medical care.

This work, if it raises problems relatively unknown as much by the psychiatrist that by nephrology specialist, insist on the importance of multidisciplinary in order to assure holistic care and to improve the quality of life of patients on dialysis.

Key words: Renal failure – Haemodialysis – Minor psychiatric disorders.

■ Introduction

Si l'évolution des techniques diagnostiques et thérapeutiques a sensiblement amélioré le pronostic de beaucoup de malades chroniques, l'insuffisant rénal présente un problème particulier dans la mesure où il est toujours en attente d'une greffe rénale puisque l'hémodialyse n'assure que sa survie. Au cours de cette période, l'amélioration de la qualité de vie du patient passe par une prise en charge de ses multiples problèmes de santé, laquelle doit en particulier tenir compte de l'installation dans la durée de la situation de suppléance (l'hémodialyse) et du degré de tolérance du malade.

Dans ce cadre, la survenue de troubles anxieux et dépressifs, semble réelle et liée au caractère invalidant et souvent douloureux de la maladie mais aussi aux soucis socio-économiques et au handicap social.^{1,2,3}

Or, peu d'études se sont intéressées à évaluer l'ampleur de ces problèmes de santé chez les hémodialysés et les facteurs qui leurs sont associés.^{4,5,6,1,7,8}

En outre, dans la pratique quotidienne, ces problèmes restent sous-estimés du fait d'une banalisation voire d'une méconnaissance de ces troubles, de l'importance souvent accordée à leur aspect organique et des difficultés de leur évaluation.⁹

La plupart des auteurs soulignent par ailleurs que le pronostic des troubles anxieux et dépressifs modérés n'est pas aussi favorable qu'on ne le pense et que le coût de leur prise en charge est souvent supérieur à celui des états psychiatriques sévères mais rares.^{1,10}

C'est dans le cadre d'une approche globale du patient en hémodialyse et afin de pallier aux multiples difficultés d'évaluation de ces troubles qu'une collaboration entre néphrologues et psychiatres nous semble pertinente, voire indispensable.

Notre travail s'intègre dans cette perspective. Il vise à identifier et à analyser la morbidité anxio-dépressive que peut présenter l'insuffisant rénal en hémodialyse et à discuter de l'opportunité de sa prise en charge.

■ Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude transversale effectuée auprès des patients insuffisants rénaux pris en charge en hémodialyse périodique dans

les trois centres du gouvernorat de Monastir, en Tunisie. Au total, 135 patients ont été identifiés, sur une période d'une année (du 1^{er} janvier au 31 décembre 1995). Ils ont été tous informés par leurs médecins traitants quant à l'objet du travail.

Pour chaque patient, les informations ont été recueillies par un interne en médecine, lors d'un entretien individuel. Le questionnaire utilisé a comporté trois parties: la première est relative à l'identification des caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des patients et la seconde en rapport avec les données de la maladie rénale et de sa prise en charge. Quant à la troisième partie, elle concernait le bilan psychologique, lequel a inclu trois types de mesures:

- *Le test d'adaptation au stress de Murphy*¹¹ qui comporte trois paires de questions destinées à décrire le style individuel d'adaptation ou stress, chaque paire explorant les versants opposés d'un aspect particulier des mécanismes d'adaptation au stress. La paire (1 et 2) explore l'attitude par rapport à l'aide d'autrui, la deuxième paire (3 et 4) s'intéresse au caractère actif versus passif de l'attitude face aux problèmes et la troisième paire (5 et 6) étudie la résistance au stress. Si ce test ne permet pas d'obtenir un score d'adaptation, son intérêt est d'analyser le vécu des patients en hémodialyse et leurs réactions face aux contraintes engendrées par la maladie, pour pouvoir les corrélérer par la suite au degré de souffrance psychologique.

- *Un test mesurant la satisfaction* dans les domaines de la vie personnelle (logement, vie familiale) et de la prise en charge.

- *Le questionnaire général de santé de Goldberg* dans sa version à trente items.¹²

Concernant ce dernier test (annexe 1), il est à préciser que les questions sont d'ordre suffisamment général pour être comprises par les patients. Elles ne comportent pas de connotations trop franchement psychiatriques, ou trop normatives ou trop médicales: les items sont codés en «0.0.1.1» selon le schéma proposé par Goldberg qui attribue la note 0 aux réponses «pas du tout» où «pas plus que d'habitude» et la note 1 aux réponses «un peu plus que d'habitude» ou «plus que d'habitude».¹³ L'addition des scores des trente items aboutit au calcul d'un «score global» ou «score de gravité». Une note seuil ou limite inférieure permet d'identifier un sujet chez lequel on peut présumer d'une souffrance pouvant relever d'une prise en charge psychiatrique. En se basant sur nos données, cette note seuil a été évaluée à 15 (sur 30).

Le questionnaire a été précédé d'un entretien clinique permettant d'élaborer un diagnostic selon le DSM-IV.

Toutes les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SYSTAT. L'interprétation des résultats s'est basée sur l'utilisation des tests du chi-carré et t de student avec un seuil de signification de 5%.

■ Résultats

● Caractéristiques générales des patients

Au total, 63 hommes et 46 femmes (soit 80% des patients identifiés) ont participé à l'étude. Leur moyenne d'âge est de 41,7 ans avec un écart type à 15,1 ans. Soixante-six pour cent des patients (des deux sexes) sont cependant âgés de moins de 50 ans. Le niveau scolaire est variable selon le sexe: une femme sur deux est analphabète contre un homme sur sept.

Items	
1. Capacité de se concentrer ?	16. Considérer la vie comme un combat ?
2. Capacité de dormir avec des soucis ?	17. Jouir des activités ?
3. Ennui et anxiété la nuit ?	18. Surestimer les difficultés ?
4. Capacité d'être actif et occupé ?	19. Paniquer sans raison ?
5. Sortir comme d'habitude ?	20. Surmonter vos problèmes ?
6. Se débrouiller comme les autres ?	21. Dépassé par les problèmes ?
7. Faire bien les choses ?	22. Malheureux et déprimé ?
8. Satisfaction dans le travail ?	23. Perte de confiance ?
9. Affection envers votre entourage ?	24. Sentiment de ne rien valoir ?
10. Capacité de communiquer ?	25. Aucun espoir dans la vie ?
11. Longue discussion ?	26. Optimisme et avenir ?
12. Rôle utile dans la vie ?	27. Heureux dans votre activité ?
13. Capacité de prendre des décisions ?	28. Constamment nerveux ?
14. Faire les choses sous tension ?	29. La vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?
15. Capacité de surmonter des difficultés ?	30. Inhibition et nervosité ?

Annexe 1. Items relatifs au test de Goldberg (GHQ).

S'agissant du statut matrimonial, nous avons recensé 70,6% de personnes mariées et 22% de célibataires. Le reste était représenté par des veufs (ves) (4,6%) ou des divorcés (es) (2,7%). Près d'un tiers des malades (37%) n'exerçaient aucune profession au moment de l'étude. Ces derniers représentent 80,4% de la population féminine mais seulement 4,8% de la population masculine. La catégorie «ouvriers/journaliers» forme 25,9% du total, contre 18,5% pour la catégorie «activités libérales».

● Caractéristiques de la maladie rénale

La durée moyenne d'évolution de la maladie est de 4,6 ans avec des variations allant de 0,16 an à 17 ans. Lorsque l'étiologie est retrouvée (73,4% des cas), il s'agit le plus souvent de glomérulonéphrites chroniques, de néphropathies vasculaires ou de néphropathies interstitielles. Le moment de survenue de l'insuffisance rénale se situe à l'âge adulte, le plus souvent (84,2% des cas) et la durée moyenne de mise en dialyse est de 2,9 ans. Un tiers des patients étaient cependant en dialyse depuis une période supérieure à trois ans.

Les complications extra-rénales sont essentiellement représentées par les troubles hématologiques (anémies, troubles de l'hémostase), retrouvés chez 95,4% des malades.

Chez ces patients, enfin, la diurèse résiduelle est nulle dans 45,9% des cas et diminuée chez 34,9% d'entre eux.

● Evaluation de la morbidité psychiatrique chez l'hémodialysé

Il s'agit, nous le rappelons ici, de la morbidité psychiatrique dite mineure et qui recouvre une réalité clinique et nosographique

polyvalente de type anxiété, dépression, troubles de la personnalité et troubles somatoformes.¹³ La note seuil retenue dans cette étude et qui est de 15 (pour un score possible, évalué par le test de Goldberg, de 30) nous a ainsi permis de distinguer notre population en deux groupes: les « cas » et les « non-cas ».

Au total, 44% des malades peuvent être considérés comme des cas probables, c'est-à-dire présenter une symptomatologie dépressive avec ou sans anxiété.

Le test utilisé ne pouvant que « repérer » cette morbidité, une approche diagnostique basée sur l'entretien clinique nous a permis de préciser que les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse prédominent chez ces patients (tableau I).

Tableau I: Morbidité psychiatrique mineure diagnostiquée chez les patients sous hémodialyse (selon le DMS-IV).

Principales catégories diagnostiques	Nombre de patients	%
Troubles de l'adaptation chronique avec humeur dépressive	22	42,3
Troubles de l'adaptation chronique avec anxiété	14	26,9
Episodes dépressifs	6	11,5
Troubles anxieux	6	11,5
Troubles somatoformes	1	1,9
Non spécifiées	3	5,8

L'analyse selon les niveaux symptomatiques (« les cas » et « les non-cas ») permet de noter qu'il n'existe pas de différences significatives selon le sexe et le statut matrimonial. Néanmoins, les patients(es) de plus de 40 ans ont deux fois plus de risques (odds-ratio de 2,1 [1,32-5,09; p = 0,04]) de présenter une symptomatologie anxio-dépressive que ceux moins âgés. Les variables du niveau socio-économique (profession, revenu mensuel familial) ne semblent pas influencer la fréquence de la morbidité psychiatrique chez le patient en hémodialyse. Par contre, la possibilité d'être un « cas » est plus fréquemment observée chez les malades analphabètes par rapport aux patients instruits bien que les différences ne soient pas significatives (odds-ratio de 1,89 [0,78-4,79]; p = NS).

Contrairement à ce qui était attendu, ni la durée de la maladie, ni l'ancienneté en hémodialyse, ni la présence ou non de complications ne modifient les niveaux symptomatiques de morbidité psychiatrique.

Le rôle des facteurs dits précipitants (conditions de vie et adaptation à l'hémodialyse) a été par ailleurs estimé. Ainsi, le maintien d'une activité professionnelle jouerait un rôle protecteur vis-à-vis de la morbidité psychiatrique. En outre, dans le domaine relationnel, seule la satisfaction par rapport aux relations avec les parents et les amis est corrélée aux niveaux symptomatiques (tableau II).

Parmi les variables dites d'adaptation au stress (test de Murphy), le degré de conservation de l'humeur et à moindre niveau, la capacité du patient à réagir face aux problèmes, paraissent être corrélés aux niveaux symptomatiques (tableau III). De plus, nous n'avons pas trouvé d'association entre ces variables et l'ancienneté en hémodialyse.

Tableau II: Conditions de vie et résultat au « GHQ ».

Caractéristiques des conditions de vie	Non cas (en %)	Cas (en %)	Total	P
Activité professionnelle				
• Maintenue (présente)	90,9	9,1	22	0,0006
• Arrêtée (absente)	45,2	54,8	84	
Satisfaction par rapport à l'entourage				
• Les parents	57,6	42,4	92	0,0003
• Les amis	63,2	36,8	76	0,01
• Le conjoint	50,0	50,0	70	NS
• Les enfants	48,6	51,4	70	NS
• L'équipe soignante	54,4	45,6	101	NS

Tableau III: Capacité d'adaptation au stress et troubles anxio-dépressifs.

Caractéristiques des conditions de vie	Non cas (en %)	Cas (en %)	Total	P
Avoir le sentiment que sans l'aide des autres, le malade ne saurait quoi faire				
• Peu ou pas du tout	50	50	82	NS
• Souvent ou la plupart du temps	55,9	44,1	84	
Avoir le sentiment que les autres lui donnent plus de troubles que d'aide				
• Peu ou pas du tout	53,4	46,6	88	NS
• Souvent ou la plupart du temps	61,1	38,9	18	
Capacité à arrêter les problèmes avant qu'ils ne deviennent trop grands				
• Peu ou pas du tout	47,3	52,7	55	NS
• Souvent ou la plupart du temps	62,7	37,3	51	
Capacité à laisser les difficultés se résoudre d'elles mêmes avec le temps				
• Peu ou pas du tout	64,8	35,2	54	0,03
• Souvent ou la plupart du temps	44,2	55,8	52	
Capacité à conserver sa bonne humeur				
• Peu ou pas du tout	28,9	71,1	38	0,0001
• Souvent ou la plupart du temps	69,1	30,9	68	
Capacité des problèmes à semer le doute quant à la vie du patient				
• Peu ou pas du tout	61	38,9	77	0,03
• Souvent ou la plupart du temps	37,9	62,1	29	

● Conditions de vie et adaptation du patient en hémodialyse à son environnement

Les patients qui exercent encore une activité professionnelle représentent 20,2% comparativement à la population active avant la mise en dialyse, estimée à 63%. Dans 95,9% des cas cependant, l'interruption de l'activité est liée à la maladie.

Sept aspects ont été considérés pour évaluer le degré de satisfaction dans le domaine de la vie du patient, insuffisant rénal: le logement et l'environnement, la relation avec les parents, les amis, le conjoint, les enfants, l'équipe soignante et la satisfaction par rapport à la prise en charge.

Nous avons observé que la personne en hémodialyse exprimait un sentiment d'insatisfaction, par ordre d'importance décroissante,

Tableau IV: Domaine et degré de satisfaction, selon le sexe.

Domaine de la vie	Satisfait (%)	Insatisfait (%)	Pas de réponse
Relation avec les enfants*			
• Hommes	59	1	3
• Femmes	46	0	0
Relation avec l'équipe soignante*			
• Hommes	58	3	2
• Femmes	43	1	2
Prise en charge*			
• Hommes	52	8	3
• Femmes	38	5	3
Relation avec les parents*			
• Hommes	56	5	2
• Femmes	36	7	3
Relation avec le conjoint*			
• Hommes	58	4	1
• Femmes	40	6	0
Logement et environnement*			
• Hommes	47	14	2
• Femmes	36	9	1

* différences non significatives.

par rapport à la relation avec les amis, au logement et l'environnement, la prise en charge, la relation avec les parents et le conjoint. En outre, les femmes expriment globalement autant d'insatisfaction que les hommes (tableau IV).

Le test d'adaptation au stress de Murphy nous a, par ailleurs, permis de constater que :

- Plus des 3/4 des malades (79,2%) ont souvent ou tout le temps besoin de l'aide des autres. La plupart estiment cependant qu'ils ont trouvé, chez ces derniers, plus d'aide que de difficulté (66,9%).
- Près de la moitié des malades (51,8%) ont eu une attitude passive face aux problèmes, en général et n'ont pu les arrêter avant qu'ils ne deviennent trop grands.
- Près de deux patients sur trois (64%) estiment qu'ils ont pu conserver une bonne humeur face au stress vécu du fait de la maladie et sa prise en charge, mais seulement 44,3% répondent que « quelque chose vaut encore la peine d'être vécue devant les problèmes, de nature diverse, rencontrés ».

■ Discussion

Par rapport à notre population de départ, 80% des malades ont accepté de participer à l'étude. Ce taux peut être considéré comme convenable en terme d'inférence statistique¹⁴ bien qu'il nous semble difficile d'affirmer que les malades ayant refusé de répondre au questionnaire ne diffèrent en rien du reste des patients.^{15,16} Notre méthodologie s'est basée sur l'utilisation de plusieurs tests afin de repérer la morbidité anxio-dépressive chez le patient en hémodialyse. Parmi ceux-ci, le questionnaire général de santé ou GHQ reste, relativement, peu utilisé mais la majorité des auteurs s'accorde sur la valeur de la note seuil du score, généralement entre 15 et 16, qui permet de départager les sujets les plus symptomatiques des autres.^{17,12} Comme pour la

plupart des tests utilisés en médecine, un risque d'erreur existe. Néanmoins et dans une étude de validation, Dubois De Montmartin évalue (pour une note seuil de 16) la sensibilité et la spécificité du GHQ à respectivement 93,3% et 80,6%.¹⁷ Etant donné les caractéristiques de la pathologie, objet de notre étude, ces performances dans la mesure ou elles se confirmaient nous semblent parfaitement acceptables.¹⁴ En effet, si ce système de cotation risque d'entraîner une augmentation des faux positifs, il permet de dépister des sujets qui n'ont pas de troubles psychiatriques patents. C'est à l'équipe soignante, néphrologue et psychiatre en premier qu'il appartiendra de préciser le type de prise en charge à assurer au patient en attente d'une greffe rénale.

En effet, le GHQ, selon son auteur, apprécie surtout une notion de souffrance générale envisagée sur le plan dimensionnel, en tant que classe morbide unique et ne permet pas d'individualiser des manifestations anxieuses et dépressives. Pour Goldberg, il s'agit plutôt d'un instrument de dépistage. Ceci n'est pas, selon l'auteur, un problème majeur dans la mesure ou l'on estime que les manifestations psychopathologiques mineures ne correspondent que très imparfaitement aux catégories diagnostiques les plus classiques.¹⁸ Le GHQ est en plus considéré par beaucoup d'auteurs comme un bon témoin de la souffrance globale du sujet.¹² L'intérêt de ce travail a été de montrer que la morbidité psychiatrique mineure reste sous-estimée voire méconnue chez le patient en hémodialyse. En effet, tel que confirmé par l'entretien clinique et en se référant au DMS-IV, des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive ou anxieuse ont été retrouvés chez 69% des patients ayant un score élevé au test de Goldberg.

Si un effet sexe n'a pas été constaté, le rôle de l'âge apparaît évident puisque les niveaux symptomatiques les plus élevés s'observent chez les malades de plus de 40 ans.

La survenue particulièrement fréquente d'une symptomatique anxieuse et dépressive, en réaction à l'échec et au narcissisme blessé de ces patients, s'expliquerait en partie par le fait que ces sujets expriment plus volontiers leur détresse par la somatisation et les plaintes hypochondriaques mais aussi par le fléchissement de leurs capacités adaptatives générales.¹⁹

Parmi les autres facteurs étudiés, le maintien en activité professionnelle est considéré comme un facteur protecteur. Ainsi, si l'inactivité est souvent perçue comme une source de démoralisation sociale, le travail permettrait au patient d'élargir le champ de ses relations, d'assurer ses responsabilités, d'affirmer son indépendance et donc de maîtriser sa situation.^{20,15,16}

Le dysfonctionnement urinaire n'est pas statistiquement corrélé avec le niveau symptomatique. Pourtant, la diurèse est nulle ou diminuée chez 80% de nos patients.

Cette perte de la diurèse est vécue sur un fond anxieux puisqu'elle vient bouleverser les représentations du sujet quant au processus des échanges entre l'intérieur et l'extérieur du corps; mais elle accentue également les restrictions alimentaires et hydriques. Cette anxiété est surtout présente au début, car plus tard la diminution est fréquemment banalisée par le malade par la mise en jeu d'un mécanisme de défense qui est la dénégation.²¹ Quant à la satisfaction des patients dans le domaine de la vie personnelle, l'analyse statistique montre que seule la perception des relations avec les parents et les amis est corrélée aux niveaux symptomatiques élevés. Ceci peut s'expliquer par le fait que ces malades se sentent souvent incompris de l'entourage. La crainte d'être l'objet de pitié ou de frayeur et le regard des autres qui actualisent souvent leurs différences, incitent beaucoup

d'entres eux à appauvrir progressivement leurs relations sociales. Il est probable que l'isolement vient également de l'entourage qui raréfie les contacts par peur de la maladie et par crainte de déranger ou de gêner.²²

Nos patients manifestent, néanmoins, une bonne capacité d'adaptation. Globalement l'analyse de l'adaptation au stress révèle que 80% des patients estiment qu'ils ont besoin de la présence d'autrui, 50% sont devenus passifs envers les problèmes, 64% ont pu conserver leurs humeurs et 44% ont pu garder espoir quant à l'avenir. L'analyse bi-variée a permis de noter que seules les variables de stress liées à l'humeur, l'attitude passive envers les problèmes et la variable explorant la capacité à garder espoir, sont fortement corrélées au degré de souffrance psychologique.

En fait, une revue de la littérature sur les difficultés que rencontrent les sujets en hémodialyse fait ressortir des divergences entre les auteurs. Certains considèrent que le dialysé est un sujet malheureux, soumis aux contraintes et à l'angoisse, souvent anxieux et déprimé;^{23,24,25} d'autres attestent que la dialyse est bien supportée, les sujets sont « presque heureux » dans leur statut d'hémodialysé.^{10,26,27} Ceci s'explique par le fait que ces malades utilisent des mécanismes de défense archaïques mais efficaces tels que la régression et la dénégation et c'est la faillite de ces mécanismes qui entraîne l'apparition de troubles psychiques à type de manifestations anxieuses et dépressives.^{10,28}

■ Conclusion

Notre travail montre que la pathologie psychiatrique mineure est fréquente chez le patient en hémodialyse et qu'elle peut ainsi représenter une source de problèmes aussi bien pour le malade que pour l'équipe soignante. L'adaptation du malade à son problème, bien qu'elle existe, demeure précaire et c'est donc à ce niveau que se situe l'intervention psychothérapeutique. Sa finalité est de faciliter la relation entre l'équipe soignante et le patient et ainsi de favoriser l'engagement de ce dernier dans un processus thérapeutique.

Elle vise aussi à aider le malade à exprimer ses sentiments d'agressivité, de découragement mais aussi les difficultés rencontrées afin de pouvoir mieux les connaître et les dominer par la suite.

Dans ce cadre, la prise en charge du patient en hémodialyse est multi-disciplinaire. La collaboration entre psychiatres et somaticiens peut se situer à différents moments, avant la mise en dialyse afin d'aplanir les difficultés qui risquent de surgir au cours de la prise en charge et au cours de cette dernière pour préciser les risques de non-observance, véritable équivalent suicidaire.

Adresse de correspondance :

Pr Mohamed Nasr
Service de psychiatrie
CHU de Mahdia
5100 Mahdia
Tunisie



Références

1. Consoli S. Troubles psychiatriques des insuffisants rénaux chroniques. *Rev Prat* 1990; 40: 640-3.
2. Olie JP, Poirier MF, Loo H. Les maladies dépressives. Paris: Edition médecine-Sciences, Flammarion, 1995.
3. Villeneuve A, Cazejust T, Kammer F. Affects dépressifs dans les maladies organiques. *Rev Med* 1980; 2: 90-102.
4. Barrett BJ, Vavasour HM, Major A, Parfey PS. Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. *Nephron* 1990; 55: 10-5.
5. Brown TM, Brown RL. Neuropsychiatric consequences of renal failure. *Psychosomatics* 1995; 36: 244-53.
6. Brownbridge G, Fielding DM. Psychosocial adjustment and adherence to dialysis treatment regimes. *Pediatr Nephrol* 1994; 8: 744-9.
7. Kalman TP, Wilson PG, Kalman CM. Psychiatric morbidity in long-term renal transplant recipients and patients undergoing haemodialysis. A comparative study. *JAMA* 1983; 250: 55-8.
8. Kaneko S, Sato, Hirayama N, Eba H. Psychiatric complications with chronic hemodialysis. *Jpn J Psych Neurol* 1986; 40: 559-70.
9. Zung WK, Magili M, Moore MD. Recognition and treatment of depression in a family medicine practice. *J Clin Psych* 1983; 44: 3-6.
10. Faelli S. Problèmes psychologiques des patients dialysés. *Acta Psychiat Belg* 1979; 79: 535-6.
11. Pearlin L.I, Chooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav* 1978; 19: 221.
12. Huppert FA, Elliott BJ. The value of an improved system (C-GHQ) for the GHQ in a representative British sample. *Psychol Med* 1998; 18: 1001-6.
13. Jenice KM, Cleroux R. *Epidémiologie: principes, techniques, applications*. Paris: Editions Maloine, 1984.
14. Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9: 139-45.
15. Chanoit PF, Nasr M. *Epidémiologie et prévention des maladies mentales*. Annales Médico-Psychologiques 1991; 149: 5.
16. Kovess V. *Epidémiologie et santé mentale*. Paris: Editions Médecine-Sciences, Flammarion, 1996.
17. Dubois De Montmartin F. Validation d'une version française du « General Health Questionnaire ». *Mémoire Med, Université Pierre et Marie Curie Paris VI*, 1990.
18. Goldberg DP, Williams P. *A user's guide to the general health questionnaire*. NFER-NELSON, 1988.
19. Patin J. Abords psychologiques de la personne âgée traitée par dialyse. *Néphrologie* 1990; 11: 339-40.
20. Brour S, Bahri N, Boussetta A. Handicap professionnel et psychiatrie. *Tunis Med* 1991; 69: 45-9.
21. De-Nour AK. Some note on the psychological significance of urination. *J Nerv Ment Dis* 1966; 48: 615-28.
22. Becker D, Delones S, Igoin L, Naret C. Le comportement psychologique du dialysé chronique. Etude d'une population d'adolescents. *Rev Med Paris* 1974; 4: 141-50.
23. Abram HSM. Psychiatric reflections on adaptation to repetitive dialysis. *Kidney Int* 1974; 6: 67-72.
24. Caron C. Etude des facteurs de prédiction de l'ajustement à l'hémodialyse chronique: revue de littérature et orientations futures. *Can J Psych* 1989; 34: 654-61.
25. Delafosse RJ, Kouadio M, Svane M. Hémodialyse: espoir et incertitude. *Psychol Med* 1986; 18: 1793-4.
26. Fukunishi I. Psychological problems of kidney transplantation: Satisfaction with dialysis therapy and desire for transplantation in haemodialysis patients. *Nephron* 1993; 64: 146-9.
27. Wright RG, Sand P, Livingstone G. Psychological stress during haemodialysis for chronic renal failure. *Ann Intern Med* 1996; 64: 611-21.
28. Marcos T, Cireva E, Insenses B, Rodriguez XA. Événements vitaux et anxiété chez les hémodialysés. *Psychol Med* 1993; 25: 1349-52.