

## ETATS GENERAUX DU REIN

### CAHIER DES CONSTATS ET DES PROPOSITIONS

#### Proposé par le Réseau National des Psychologues en Néphrologie

C'est à partir des années 70 que les hôpitaux généraux ont recruté des psychiatres et des psychologues dans les différents services de médecine. Cette implantation s'est faite service par service, spécialité par spécialité. En néphrologie les pionnières ont été G. Raimbault et D. Becker. Ce faisant, nous pouvons noter aujourd'hui que la place de la psychologie est restreinte en néphrologie. Pourtant ce sont dans les services de néphrologie qu'il y a le plus de demandes pour les patients et pour les équipes.

Recensement de 210 établissements français				
	Sur 61 centres de néphrologie et dialyse en région Ile de France		Sur 149 centres de néphrologie et dialyse en province	
	17 centres contactés		86 centres contactés	
Pas de psychologue dans les services	6		27	
Autres psychologues intervenant à la demande	5 (service de liaison, unité mobile soin palliatif, libéral)		13 (service de liaison, unité mobile soin palliatif, libéral)	
Temps partiel	2		26	
Temps plein	5 (sur deux établissements)		8 (essentiellement dans structures associatives)	
Intervention hebdomadaire d'un psychologue en libéral	1		1	
Pas de réponse	2		4	
	44 restent à contacter		63 restent à contacter	

Il en est d'ailleurs de même dans les grands colloques (les ASN, l'EDTA, les actualités de Necker etc.) Par exemple à la prochaine réunion commune de la Société de Néphrologie et de la Société Francophone de Dialyse qui a lieu à Genève en octobre 2012 il n'y a aucune section réservée aux problèmes psychologiques de patients dialysés ou transplantés.

On peut considérer que dans les établissements les mieux dotés il y a 1 ETP de psychologue pour 150 patients ...

### I - Présentation du Réseau National des Psychologues en Néphrologie

Le Réseau National des Psychologues en Néphrologie s'est constitué à la suite d'un colloque : « *Psychologie en Néphrologie* », organisé par l'Unité de PsychoNéphrologie (UPN) au Sénat en 2000. Celui-ci a été le tout premier organisé sur cette thématique en France et a

donné lieu à la publication d'un ouvrage<sup>1</sup>. Après cette journée, de nombreux psychologues travaillant en néphrologie ont contacté l'UPN, désireux d'échanger sur leur expérience et leur clinique. L'idée de la constitution d'un réseau national s'est ainsi imposé.

→ **Le Réseau est aujourd'hui constitué par** des psychologues cliniciens travaillant dans des services de néphrologie en France et à l'étranger.

Séverine Armengaud (Néphrologie, CHU Rouen), Anne-Laure Aubry (Néphropédiatrie, doctorante LASI), Catherine Bonnefoy (Néphropédiatrie, CHU Lyon), Dominique Cupa (UPN, AURA Paris), Nathalie Draskic (AGDUC, Isère), Mélanie Girard (UPN, AURA Paris), Marie-Laure Gourdon (UPN, AURA Paris), Romuald Jean-Dit-Pannel (Néphrologie, CHU Besançon), Nathalie Lecourt (Néphrologie, Hôpital Saint-Maurice, 94), Géraldine Lefebvre (ANIDER, Normandie), Françoise Lefevre (Néphropédiatrie, hôpital A. Trousseau, Paris), Colette Montet (Néphrologie, Hôpital Tenon, Paris), Sylvie Pucheu (Psychiatrie de liaison, HEGP Paris), Hélène Riazuelo (UPN, AURA Paris), Laure Viginier (Transplantation, Hôpital Tenon, Paris), Ameline Rigal (Tahiti), Gabriel Hertz (Toronto, Canada), Emilia Alexevia (Sofia, Bulgarie).

→ **Les objectifs du Réseau sont :**

- Confronter nos expériences différentes en travaillant sur des cas, des situations qui nous paraissent difficiles à élaborer.
- Penser la pratique du psychologue clinicien en néphrologie avec les patients, leur famille et les équipes en tentant de modéliser nos interventions et en essayant de trouver des dispositifs adéquats à la dialyse et à la transplantation.
- A partir de cette année monter des recherches multicentriques ensemble
- Organiser des colloques comme par exemple en 2011 : « *Figures de l'agressivité en Néphrologie* ».
- Ouvrir le Réseau à l'international de façon plus concrète.

→ **Organisation du Réseau :**

- Nous nous réunissons au minimum 4 fois par an ou plus, dans les bureaux de l'UPN.

## **II- Brefs constats sur la psychopathologie des patients en IRC, sur leur famille, sur les équipes soignantes**

### **A-LES PATIENTS**

En nous appuyant sur les constats cliniques et institutionnels que nous avons faits, les recherches que nous avons menées, nous pouvons décliner les principaux processus psychopathologiques qui peuvent apparaître chez l'insuffisant rénal et qui nous conduisent aux propositions qui suivront.

Les patients insuffisants rénaux terminaux souffrent d'une maladie chronique et mortelle que révèle la perte plus ou moins complète de la fonction rénale. Face à cette perte ils n'ont pour choix que la dialyse, la greffe ou la mort. Les patients se trouvent alors, par là même, dans la situation de survivants soumis définitivement à un traitement palliatif. Ainsi psychiquement, doivent-ils faire face d'une part à la maladie et ses effets sur leur vie psychique, familiale et

---

<sup>1</sup> Cupa, D. (2002), *Psychologie en néphrologie*, Paris : EDK

sociale et d'autre part faire face aux effets des soins plus ou moins contraignants, angoissants que sont les différents types de dialyse ou la greffe.

### 1) De nombreuses pertes

Du fait de sa maladie et des soins, l'insuffisant rénal terminal est confronté à de nombreuses pertes. En premier lieu, il doit faire face à l'annonce de son insuffisance rénale terminale et donc à l'idée de la perte de sa santé, il prend alors brutalement conscience de sa propre mortalité, sa mort étant repoussée à chaque séance de dialyse ou par la greffe. D'autres types de pertes dans le registre corporel sont aussi douloureuses à vivre pour ces patients, elles sont liées à la maladie, aux exigences et aux effets secondaires des traitements : régime plus ou moins drastique, réduction de la motricité et de la motilité, fatigabilité etc. La perte de liberté et de temps liées à la dépendance à la machine constitue la contrainte la plus douloureuse à vivre psychologiquement, en particulier par le sentiment d'impuissance qu'elle génère. Chez le greffé, si une certaine liberté est retrouvée et donc un sentiment de puissance, on constate la présence de la peur de la perte du greffon réactivée en particulier lors des bilans.

La maladie et les soins bouleversent aussi leur vie de famille : les patients peuvent perdre leur statut, leur rôle tenu jusqu'alors au sein de leur famille. Il y a aussi des remaniements relatifs à leur vie sociale : les amis peuvent fuir le patient car ils ont peur de ce qu'il leur renvoie. Les difficultés dans le travail apparaissent aussi souvent avec la crainte de perdre son emploi. Ces pertes émoussent le plaisir de vivre des patients.

### 2) Deuils multiples

Le deuil n'est pas seulement causé par la perte d'un être cher mais peut l'être par tout ce qui revêt une valeur pour la personne : perte d'un idéal, d'un travail, pertes évoquées précédemment, c'est-à-dire aussi une perte narcissique. Le « travail de deuil » permet d'accepter progressivement les pertes. Le patient sait qu'il a perdu sa santé mais n'y pense pas tout le temps et progressivement pourra s'adonner à de nouveaux investissements et retrouver du plaisir à vivre. La spécificité du deuil chez ces patients est qu'il est infini<sup>2</sup>. Le caractère effrayant et pénible des soins (piqûres itératives, hypotension, fistule bouchée), leur répétition et les symptômes permanents de la maladie (perte diurèse, etc...), les empêchent d'oublier leur maladie mortelle.

Ce travail de deuil est psychologiquement coûteux en énergie psychique et peut conduire à des états dépressifs plus ou moins pathologiques selon la personnalité. D'après les études, la dépression qui est l'expression psychique du travail de deuil est l'affection psychiatrique la plus fréquente chez les dialysés<sup>3</sup>. Les résultats varient selon les études se situant entre 35 % et 50 % de dépressifs dans la population de dialysés. Par exemple en France, D. Cupa et coll. (2002)<sup>4</sup> ont trouvé 32 % de patients dialysés dépressifs dans une recherche sur la qualité de vie subjective en dialyse de 362 patients (67% d'hommes) dont l'âge moyen était de 56,15 ans. La dépression est légèrement plus élevée que sur une population tout venante. La qualité de vie est d'autant plus détériorée que la dépression est importante. L'étude comparative proposée par

---

<sup>2</sup> Cupa D. & coll. (2002), *Psychologie en néphrologie*, Paris, EDK.

<sup>3</sup> Kimmel P-L. et coll. (2008), Depression in patients with chronic renal disease : where are we going ? *J. Ren. Nutr.*, Jan., 18 (1), pp. 99-103.

<sup>4</sup> Cupa D. & coll. (2002), *Psychologie en néphrologie*, Paris, EDK.

A. Baguelin et coll. (2009)<sup>5</sup> en pré-greffe et à un an de post-greffe retrouvent les mêmes corrélations entre les scores de dépression et la qualité de vie. Les scores moyens de dépression s'améliorent de manière significative à un an de greffe. Les résultats suggèrent que la greffe a un impact positif sur la perception de l'état de santé. Les constats faits par P. Duverger et coll. (2005)<sup>6</sup> indiquent que chez l'enfant et l'adolescent la transplantation rénale peut provoquer des états dépressifs plus ou moins graves.

### 3) Angoisse signal, angoisse traumatique

Deux sortes d'angoisses sont repérables et peuvent se confondre. L'angoisse signal tient l'appareil psychique en éveil et le protège contre des afflux de stimuli vécus comme dangereux. Il est évident que ces angoisses sont présents chez certains de ces patients qui en particulier ont des craintes par rapport à la maladie, aux soins, par rapport au personnel médical ou soignant. L'angoisse anticipe ici la possibilité de pertes, de douleurs etc.. Les angoisses traumatiques sont liées à des réactivations de situations qui ont été très pénibles en particulier les traumatismes psychiques lors desquels la personne a été débordée par l'effroi, par exemple : l'annonce de la maladie grave telle l'insuffisance rénale terminale. La répétition de micro-traumatismes propres à chaque séance de dialyse est aussi traumatique. Elle renforce un peu plus à chaque fois le sentiment d'insécurité des patients qui à la longue peuvent être plus perméables aux agressions extérieures, plus fragilisés, ils peuvent moins bien se protéger face aux aléas de la maladie, du traitement ou de leur vie en général. Selon les études (MD Arenas et coll., 2007 ; D. Cukor et coll., 2007)<sup>7</sup>, l'anxiété est un symptôme qui survient chez 20 à 30 % des dialysés. D. Cupa et coll. (2002) notent que le niveau d'anxiété moyen chez les dialysés<sup>8</sup> est équivalent à celui qui est rencontré dans la population générale. Il en est de même pour la transplantation, remarquons qu'A. Baguelin et coll.<sup>9</sup> notent que les scores moyens d'anxiété sont comparables en pré-greffe et à un an de post-greffe.

### 4) Aspects psychopathologiques du patient dialysé âgé

De plus en plus de patients dialysés vieillissent en dialyse ou bien commencent plus tard la dialyse. Nous avons ainsi une population plus âgée. Les résultats préliminaires de la recherche comparative de N. Draskic et coll. (2010) sur une population de patients dialysés en 2000 et en 2010 montrent que la médiane d'âge des patients dialysés est passée de 77 ans en 2000 à 80 ans en 2010. De même, que les sujets arrivent en dialyse deux ans plus tard (74 ans en 2000 contre 76 ans en 2010), l'ancienneté en dialyse est plus importante de six mois. Les patients de 2010 sont plus polypathologiques que les patients de 2000, avec une médiane de 3 pathologies associées (contre 2 en 2000). Les patients de 2010 sont moins déprimés que les

<sup>5</sup> Baguelin-Pinaud A., Moinier D., Fouldrin G., Le Roy F., Etienne I., Godin M., Thibaut F., (2009) Transplantation rénale, troubles anxiodépressifs et qualité de vie. *L'Encéphale*, 35, 429-435

<sup>6</sup> Duverger P., Togora A., Chocard A.-S., Tourbez G., Ninus A., Malka J. (2005) Transplantation rénale chez l'enfant et l'adolescent et pédopsychiatrie de liaison, *Annales Médico-psychologiques*, 163, 8, 707-711.

<sup>7</sup> - Arenas M-D. et coll. (2007), Emotional distress and health-related quality of life in patients on hemodialysis : the clinical value of COOP-WONCA charts, in *J. Nephrol.*, May-Jun, 20 (3), pp. 304-310.

- Cukor D. et coll. (2007), Depression and anxiety in urban hemodialysis patients, in *Clin J Am Soc Nephrol.*, May;2(3), pp. 484-490.

<sup>8</sup> Résultats obtenus sur 276 patients dialysés sur 362 qui ont rempli l'auto-questionnaire STAI (State-Trait Anxiety Inventory) permettant de quantifier de façon indépendante l'anxiété actuelle au moment de la passation et le tempérament anxieux habituel du sujet (D. Cupa et coll, 2002)

<sup>9</sup> Baguelin-Pinaud A., Moinier D., Fouldrin G., Le Roy F., Etienne I., Godin M., Thibaut F., (2009) Transplantation rénale, troubles anxiodépressifs et qualité de vie. *L'Encéphale*, 35, 429-435.

patients de 2000, et prennent moins d'antidépresseurs. L'état cognitif des patients en 2010 semble meilleur que celui des patients en 2000. Au niveau de l'anxiété, 22 % des patients ont une anxiété-état pathologique, et 35 % ont une anxiété-trait pathologique. On note par ailleurs que les patients de 2010 prennent moins d'anxiolytiques que les patients de 2000. On constate enfin que le pourcentage de neuroleptiques prescrits a triplé en 2010 (nous pouvons l'interpréter comme une augmentation du nombre de patients déments en 2010).

Si le vieillissement *somatique* est une dégradation progressive de l'organisme, il est aussi constitué par la succession des pertes provoquées par les maladies invalidantes et celles relatives aux liens affectifs et sociaux. Nous pouvons considérer le vieillissement *psychique* comme un processus débutant lorsqu'un sujet rencontre la mort qui s'impose à lui comme incontournable. La baisse des capacités physiques et intellectuelles conduit à des blessures narcissiques. La chute des performances cognitives peut isoler et participer à une dévitalisation psychique. Elle est une cause de la perte de l'indépendance et notamment des mauvaises adaptations au domicile, de sentiment d'insécurité, augmentant l'anxiété. Souvent la personne âgée se retrouve seule ayant perdu les proches de son âge et ses enfants étant éloignés de plus en plus géographiquement.

## 5) Aggravation des états pathologiques

Depuis quelques années nous constatons cliniquement, comme dans l'ensemble du secteur psychiatrique, une évolution du mal-être psychique qui se traduit de plus en plus souvent par des comportements, des passages à l'acte qui sont non seulement dirigés vers les autres mais aussi vers soi-même : prises de risques, auto-mutilations, addictions, etc. Nous avons donc à gérer de plus en plus des troubles psychiatriques plus graves qu'il y a une vingtaine d'années.

## B- LA FAMILLE

### 1) Le conjoint

Il est aussi confronté aux effets traumatiques de l'annonce de la maladie et doit aussi se réorganiser psychiquement. Le conjoint doit faire le deuil de quelqu'un qui ne sera plus tout à fait le même, il est aussi confronté aux angoisses liées aux idées de la mort de l'être cher qui devient plus présente.

Face au malade, le conjoint peut adopter une attitude de surprotection ou au contraire de rejet. Nous rencontrons souvent de vifs sentiments de culpabilité liés aux sentiments de ne pas faire ce qu'il faut, d'avoir été agressif, d'en vouloir à la personne malade.

Cependant, le conjoint contient souvent son agressivité par crainte d'en rajouter à la douleur de l'autre mais du coup ne peut pas expulser des affects pénibles.

Il a le sentiment d'avoir peu de place au sein de l'équipe soignante pour faire entendre sa souffrance, verbaliser ses peurs et son agressivité. Le conjoint est alors en risque de dépression d'autant plus qu'il peut s'isoler socialement sans pouvoir

N. Draskic et coll.(2010) ont montré que la place de l'aidant familial est essentielle et est d'autant plus prégnante lorsque la pathologie est de plus en plus lourde

### 2) Les enfants

Très peu de travaux sont faits sur les enfants de parents ayant une IRT. Dans une enquête faite auprès de patients en hémodialyse à domicile et ayant des enfants. Il a été

constaté que 44% des parents disaient que leurs enfants avaient des inquiétudes au sujet de leur parent malade. Seulement 5,3 % d'entre eux en avait parlé aux médecins ou infirmières<sup>10</sup>. Si nous pouvons penser qu'apparemment les enfants vivent cette situation sans trop de difficultés. Cependant, on peut constater une hypermaturité, une dépressivité et une anxiété masquées derrière des troubles de la scolarité, une instabilité motrice. Les éléments agressifs sont fréquents, l'enfant en veut à son parent de n'être plus un élément de sécurité et culpabilise au sujet de son agressivité. L'anxiété peut se lier à des inquiétudes au sujet du corps (D. Cupa, (2002). Chez des enfants en période de latence dont un parent est cérébrolésé H. Oppenheim et coll. (2003) ont montré la fréquence des anomalies de la représentation picturale du corps des différents membres de la famille, ce qui est aussi constaté par D. Cupa.

## C - EQUIPES SOIGNANTES ET MEDICALES

Les équipes médicales et soignantes sont confrontées aux investissements très lourds de demandes de ces patients. Dans la recherche sur la qualité de vie subjective des patients traités selon différents types de dialyse (D. Cupa et coll., 2002), il a été constaté que la qualité de vie est relativement préservée par les relations et tout particulièrement par les relations avec les soignants. Les demandes de ces patients sont porteuses de leur impuissance à se faire vivre sans une aide extérieure, impuissance qui est associée à la dépendance à la fois au traitement et aux personnels médical et soignant et les met en situation d'être comme un nourrisson. Cela peut conduire à une agressivité non seulement verbale mais aussi à des passages à l'acte de part et d'autre.

La chronicité conduit à un « vivre avec » pendant une longue durée ce qui resserre les liens, rapproche, provoque une intimité dont certains soignants peuvent souffrir lors du départ ou des décès des patients. La gestion de la distance entre le patient et le soignant est une difficulté récurrente dans les services d'hémodialyses (D. Cupa, M.L. Gourdon, 2011)<sup>11</sup>.

Remarquons encore que les personnels soignants et médicaux sont mis en échec dans leur désir de guérir. Ils peuvent soigner mais ne peuvent pas guérir. Par ailleurs les patients étant plus âgés et souvent plus difficiles psychologiquement, les équipes doivent gérer de plus en plus des situations particulièrement pénibles, lourdes. Dans les services traitants de jeunes dialysés il est noté par S. Favière et coll. (2000)<sup>12</sup> que les équipes soignantes ont de véritables défis de prise en charge qu'elles doivent savoir anticiper pour permettre aux adolescents de vivre leur adolescence et d'intégrer leur maladie dans un parcours personnel.

Chez les dialysés âgés, le personnel constitue souvent leur famille : « on ne vieillit pas seul, on vieillit avec les autres dans un tissu de liens qui permet de pallier plus les manques qui s'accumulent au fil des ans ». (D. Cupa, 2001)

---

<sup>10</sup> Cupa D., (2002) Impact de l'insuffisance rénale d'un père sur son enfant, *Psychologie en néphrologie*, Paris, EDK, pp.97- 124.

<sup>11</sup> D. Cupa, M.L. Gourdon (2009) Les groupes de parole dans un service de néphrologie. Colloque *Les Figures de l'Agressivité*. 9 décembre 2011, Paris. A paraître dans l'année 2012.

<sup>12</sup> Favière S., Seban V., Rey C., (2000) Les enjeux de la bonne mobilisation d'une équipe soignante autour de l'adolescent malade chronique. *Rev Fr Allergol Immunol Cli*, 40, 754-757.

### **III - Constats et propositions sur la prise en charge psychologique des patients IRC, de leur entourage et des équipes travaillant avec ces patients, les recherches et la formation concernant ces patients**

#### **A- PRISES EN CHARGE PSYCHOLOGIQUES**

##### ***CONSTAT 1 : Insuffisance de soutien psychologique pour les patients***

*Nous avons de grandes difficultés à répondre aux demandes croissantes des patients et des familles compte tenu du manque important de psychologues dans les services de néphrologie et de transplantation.*

*En général, lorsque ces patients formulent une demande c'est pour une résolution ponctuelle de leurs difficultés. Les demandes spontanées sont rares, mais lorsqu'une difficulté est saisie par un soignant, un médecin, une assistante sociale c'est très rare que le patient refuse de nous voir.*

*Dans plus de la moitié des cas, un processus psychothérapeutique peut s'engager, il permet que le patient, au-delà de ses souffrances, arrive à éprouver un certain plaisir, à s'intéresser à son propre fonctionnement psychique et à retrouver sa propre histoire. Ainsi, pouvons-nous commencer à lui redonner une meilleure assise narcissique et à faire en sorte que la blessure que constitue la maladie soit moins hémorragique. Les événements dépressifs pourront ainsi s'atténuer et permettre une reprise de l'activité et un rapport à la passivité moins angoissant, moins pris dans la dépendance aux soins. Les relations interpersonnelles deviendront plus souples, l'agressivité et les conflits seront ressentis comme moins désastreux. Le vécu des soins sera moins pénible malgré la dimension aliénante. La pensée se libèrera, plus créatrice, moins entravée par la lutte anxieuse face aux pertes et aux peurs de mourir. Le patient se réappropriera, dans l'écoute empathique de son intimité et ce qu'elle a de plus inédit, son histoire et son corps, son destin devenant alors moins menaçant.*

##### ***CONSTAT 2 : Difficultés de la coordination des différents services qui prennent en charge le patient ayant des problèmes psychiques graves***

*Nous relevons deux situations quotidiennes et régulièrement complexes pour les patients et les équipes :*

*a) les patients vieillissants et/ou déments nécessitent une prise en charge psychique lourde qui demande aussi d'être à l'écoute des familles qui en particulier lors de la fin de vie peuvent avoir des réactions de détresses difficiles à gérer par les équipes médicales et soignantes.*

*b) les patients nécessitant des soins psychiatriques*

*Lorsqu'une hospitalisation en psychiatrie est nécessaire ou l'accompagnement par une équipe de psychiatrie du secteur est nécessaire nous n'avons pas les moyens et une logistique suffisamment efficace face à des services de psychiatrie qui ont des difficultés à prendre en charge des patients somatiques graves et des services de néphrologie qui ne peuvent pas prendre en charge des patients psychiatriques.*

##### ***CONSTAT 3 : Difficultés à prendre en charge les familles en particulier les conjoints et les enfants***

*Compte tenu des souffrances brièvement décrites précédemment il nous paraît primordial de soutenir la famille et les enfants au moins lorsqu'une demande nous est adressée. D'autre part la famille fournit un « Moi auxiliaire » au patient qui garantit le maintien d'une reconnaissance pourvoyeuse de réconforts narcissiques. Ce soutien procuré par les relations*

*affectives permet une dilution de la solitude mortifère. Il est donc ainsi important pour le patient que sa famille soit soutenue.*

**CONSTAT 4 : Difficultés à répondre aux sollicitations des équipes en demande de soutien et d'espace de réflexion (réunion, groupe de parole, formation).**

*Le travail avec les médecins et les soignants s'organise schématiquement selon deux grandes modalités :*

*- Les staffs médicaux lors desquels sont évoqués les patients et où nous apportons notre contribution tentant de lier ce qui nous est rapporté avec nos propres élaborations et en montrant les ressemblances et les différences. Il nous paraît important lors de ces staffs, de faire admettre que chacun peut être dépositaire d'un discours différent du patient.*

*- L'animation « des groupes de parole » dans lesquels les soignants peuvent exprimer librement et dans la confidentialité leurs difficultés. Les services les plus demandeurs sont les services qui traitent les patients les plus « lourds ». Nous avons constaté une demande croissante de groupes de paroles auxquels nous ne pouvons pas répondre faute de temps.*

**→ Proposition 1 : Augmenter la présence des psychologues dans les services de néphrologie :**

**1-1 afin qu'il ait suffisamment de temps pour travailler dans de bonnes conditions pour assurer plus de prises en charges et afin qu'elles soient plus longues compte-tenu de l'état psychique des patients. Ceci permettrait une amélioration de la qualité de vie d'un plus grand nombre de patients. Une étude récente et une des premières en France (C. Rocha Augusto et coll. (2011))<sup>13</sup> montre l'intérêt des interventions psychologiques en dialyse. Après onze séances d'interventions psychologiques auprès de 47 patients, les résultats observés montrent une diminution significative des scores d'anxiété, de dépression ainsi qu'une amélioration significative de la qualité de vie,**

**1-2 afin de pouvoir accompagner de façon plus systématique à leur demande et/ou à celle de leur famille, les patients âgés ou en fin de vie,**

**1-3 afin de proposer plus d'interventions auprès des membres des familles demandant une aide psychologique ce qui améliore aussi l'état psychique des patients,**

**1-4 afin de systématiser le travail de prévention auprès des enfants de ces patients,**

**1-5 afin de soutenir les équipes plus en demande avec le vieillissement des patients et l'augmentation des comportements agressifs chez les plus jeunes.**

**→ Proposition 2 : Organisation d'un réseau et des modalités de prises en charge psychologiques avec les services de psychiatrie ou le secteur psychiatrique pour les patients nécessitant une hospitalisation**

**2-1 afin que les patients psychiatriques en grande difficulté puissent être pris le plus rapidement et efficacement en charge.**

**B- RECHERCHES ET FORMATIONS**

<sup>13</sup> Rocha Augusto C., Krzesinski J.M., Warling X., Smelten N., Etienne A.-M., (2011) Intérêt des interventions psychologiques en dialyse : étude exploratoire. *Néphrologie & thérapeutique*, 7, 211-218.



**CONSTAT 5 Il est évident qu'il manque de recherches sur un certain nombre d'axes que les psychologues se doivent de faire.**

*Nous avons listé un certain nombre de travaux qui nous paraissent intéressants à mettre en œuvre :*

- La transplantation rénale avec une greffe à Donneur Vivant Apparenté s'est beaucoup développée ces dernières années. Par des changements sociétaux, des changements culturels, des avancées médicales, ce type de transplantation devient de plus en plus réalisé. Le besoin de greffons rénaux s'est accru, mais, leur nombre n'évoluant pas de pair avec la demande, les listes de patients en attente de greffe se sont allongées. L'attention semble donc se tourner vers les sujets donneurs vivants. Comment revisiter les connaissances que nous avons et le recul par rapport à ce type de transplantation ? Comment approfondir les enquêtes réalisées aussi bien en France qu'à l'étranger, dont les résultats restent parcellaires, sur la qualité de vie du donneur après le don, du receveur ? Qu'en est-il de la proposition de prise en charge psychothérapeutique du donneur alors que des études ont mis en évidence le fait que les donneurs présentent des réactions émotionnelles plus complexes et mitigées face à ce don d'organe, nécessitant parfois une prise en charge psychothérapeutique spécifique ?

Très peu d'études ont concerné les spécificités éventuelles des répercussions psychologiques, pour le receveur, d'une transplantation avec un greffon provenant d'un donneur vivant, par rapport à une transplantation avec donneur cadavérique. Il convient de continuer la réflexion actuelle au sujet des donneurs vivants axée autour de deux questions principales: celle de la légitimité d'un recours plus fréquent au donneur vivant, et celle de l'opportunité d'une extension des catégories de donneurs potentiels.

- La place de l'aidant familial est essentielle et est d'autant plus prégnante dans une pathologie de plus en plus lourde. Se pose la question de l'engagement de l'accompagnement de l'autre et à quel prix ? Quelles sont les capacités et les limites des proches du malade ? Comment l'entourage accepte l'aide et l'accompagnement des soignants ? Quels sont les besoins de ces personnes aidantes ?

Quels sont les facteurs de risques de souffrance ? Quelle place leur est-elle donnée dans nos structures de soins ?

- Le désir d'enfant chez la femme dialysée Où en est la place de l'adoption, de la grossesse aujourd'hui chez les femmes dialysées ? Il existe une souffrance autour de ce désir d'enfant qui est à évaluer. Les difficultés d'une grossesse au cours de l'insuffisance rénale chronique (IRC) sont connues de longue date et les perturbations cliniques et biologiques observées augmentent avec le degré de déficit rénal. Avec l'amélioration des techniques de l'hémodialyse, la fertilité des femmes souffrant d'insuffisance rénale chronique s'est considérablement améliorée (un peu plus de 40% maintenant ont des cycles normaux notamment depuis l'introduction de l'érythropoïétine). Cependant, les grossesses restent rares chez les hémodialysées chroniques et leur évolution est souvent défavorable du fait de la fréquence des complications. Un avortement spontané ou de nécessaires interruptions de grossesse, pour éviter l'aggravation de la maladie, sont souvent notés. Plusieurs enquêtes ont fait état d'une proportion de succès de l'ordre de 35 % au cours des dernières années, grâce à une prise en charge interactive très étroite entre les équipes néphrologiques et obstétricales, mais une grande prématurité et une sévère hypotrophie fœtale restent très fréquentes.

- L'agressivité, les différentes formes d'agressivité sont mal connues ainsi que celle de la destructivité.

Comment comprendre l'agressivité de plus en plus présente dans les services ainsi que la destructivité ? Comment gérer l'agressivité des équipes ? Comment éviter la moralisation au profit de la compréhension des situations ? Nous nous sommes posées ces questions lors d'un colloque récent (9 décembre 2011, Paris, *Les figures de l'agressivité en Néphrologie*) et pensons rapidement pouvoir en publier les actes.

- Les français connaissent mal leurs reins *Résultats d'une enquête sur les maladies rénales réalisée auprès du grand public.* (Y. Caillé, G. Deray, C. Isnard Bagnis, 2007)<sup>14</sup>. A l'heure actuelle ou de nombreuses initiatives sont mises en place par les professionnels pour le diagnostic précoce et la prise en charge de la maladie rénale chronique, l'information du grand public semble un préalable indispensable.

### Recherches en cours :

**Le malaise des soignants :** Cette recherche évalue la souffrance au travail des soignants. Les soignants sont au plus près des douleurs physiques et psychiques des patients. Ils ont à les soigner, à contenir leurs douleurs, leurs angoisses, leurs agressivités etc..). Cette recherche permettra de mieux comprendre la souffrance, l'épuisement au travail et aussi de mieux penser avec les équipes la relation soignant-soigné.

### Les jeunes adultes

L'exploration des enjeux psychiques qu'entraîne une maladie somatique grave chez le jeune adulte n'a donné lieu qu'à fort peu de publications. Les études sur le sujet<sup>15</sup> se sont davantage intéressées aux adolescents. De plus, dans le système de santé français, les jeunes patients (16-25 ans) atteints de maladies somatiques graves sont hospitalisés, pris en charge soit en pédiatrie au milieu d'enfants, soit dans les services de médecine adulte où la moyenne d'âge dépasse souvent 50 ans. Un sentiment d'isolement en découle. Les spécificités des jeunes adultes dans le système de soin français ne sont pas suffisamment prises en compte.

Par ailleurs, il est difficile pour le jeune adulte de repérer, de distinguer les effets des transformations lors de passage à l'adolescence puis à l'âge adulte, des effets de la maladie. Il est par ailleurs particulièrement blessant narcissiquement que leur corps malade ne puisse les maintenir en vie et qu'ils dépendent du corps médical et de leur famille. Ceci est très éprouvant au moment même où l'autonomie est recherchée. Comment se construire en tant qu'adulte avec la maladie, les soins et les possibles séquelles notamment physiques ?

### Les personnes âgées

La population en dialyse est de plus en plus âgée. Avec l'amélioration des techniques médicales, l'âge moyen en France des patients débutant la dialyse est de 70 ans ; 36 % ont plus de 75 ans. Il nous semble central de poursuivre nos recherches sur les patients dialysés vieillissants et leur environnement (D. Cupa, 2009 ; N. Drasnik, 2011) afin de mieux penser leur prise en charge et en comprendre toute la spécificité.

---

<sup>14</sup> Caillé Y., Deray G., Isnard-Bagnis C., (2007) Les français connaissent mal leurs reins ... Résultats d'une enquête sur les maladies rénales réalisée auprès du grand public. *Néphrologie et thérapeutique* 3 (2007) 55-59.

<sup>15</sup> G. Raimbault (1969, 1982) ; P. Gutton (1978, 1985) ; R. Debray (1983, 1985) ; I. Adomnicai (2004) ; L. Slama (1987) ; P. Duverger et al. (2005), J. Malka et al., (2007).

***CONSTAT 6 La formation des personnels en matière de psychologie est insuffisante. Elle est souhaitée par 70% d'entre eux***

De nombreuses demandes nous sont faites ainsi :

- pour l'AFIDTN (à la Réunion, à Maubeuge)
- pour le centre de Formation de l'AURA (notamment sur le vieillissement)
- pour le service de néphrologie du centre hospitalier territorial de Papeete, Tahiti, Polynésie
- Pour l'Association Polykystose France
- Pour l'ANIDER
- Pour la FNAIR

**→ Proposition 3 : Création de bourses pour financer des recherches obtenues sur concours**

**→ Proposition 4 : Organisation systématique de formations à la psychologie des différents personnels**

L'Unité de PsychoNéphrologie<sup>16</sup> et N. Draskic<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Unité de psychoNéphrologie, UPN 68 rue des Plantes, 75014 Paris [dominique.cupa@auraparis.org](mailto:dominique.cupa@auraparis.org) (0153626729)  
D. Cupa : Professeur de Psychopathologie à l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense. Directrice de l'EA 4430 et du LASI-Centre de Recherches Didier Anzieu. Directrice de l'Unité de PsychoNéphrologie (AURA, Paris), Psychanalyste.  
<sup>17</sup> Psychologue clinicienne, AGDUC, BP 4138071, La Tronche cedex, [ndraskic@agduc.com](mailto:ndraskic@agduc.com)

## Annexe : Publications des membres du Réseau sur des patients IRC ou greffés

### Livres

- Cupa D., (2007) *Tendresse et cruauté*, Paris : Ed. Dunod
- Cupa, D. (2002) *Psychologie en Néphrologie*. Paris, EDK.
- Cupa, D. (2006) *Psychanalyse de la destructivité*. Paris, EDK
- A paraître *Figures de l'agressivité en néphrologie*. Paris : EDK

### Ouvrages pour enfants

- Cupa D., Lafortune C., (1997). *Les reins de Papa sont malades*. Grenoble, Ed. Les Pluriels de Psyché, Coll. « Papa est malade »

### Chapitres d'ouvrage

- Cupa D., Dazard A., J.P Juquel, M.L Gourdon, H. Riazuelo (2002) .Etude comparative de la qualité de vie subjective de patients en hémodialyse à domicile, en centre, en autodialyse, et en dialyse péritonéale, *Psychologie en néphrologie*, Paris, Ed. EDK, p.125-148.
- Cupa D., (2002), Impact de l'insuffisance rénale terminale d'un père sur son enfant, *Psychologie en néphrologie*, Paris, Paris, EDK, p. 97-115.
- Cupa, D., Dazard, A., Juquel, J.-P., Gourdon, M.-L. & Riazuelo H. (2002). La qualité de vie des patients hémodialysés. In Cupa, D., *Psychologie en néphrologie*. Paris : EDK.
- Gourdon, M.-L., Riazuelo, H. & Cupa, D. (2002). Psychopathologie du patient en dialyse péritonéale continue ambulatoire. In Cupa, D., *Psychologie en néphrologie*. Paris : EDK.
- Cupa D., (2006) Cruauté extrême et survivance, *Cliniques de la destructivité*, Ed. EDK
- Cupa D., (2006) douleurs en dialyse ?. *Psychanalystes qui êtes-vous ?* Paris : Interéditions, 103-110
- Cupa D., (2008) Greffes et chimères. *Avancées de la psychanalyse*, Paris, PUF, Prix Maurice Bouvet 2007
- Cupa D., Riazuelo H., Marcovici M., (2012) La complexité psychosomatique In A. Weil-Barais, D. Cupa, *100 fiches pour connaître la psychologie*. Paris : Bréal. 3e ed., p 192-193.
- Cupa D., Riazuelo H., Chaudoye G., (2012) Travail avec les mourants In A. Weil-Barais, D. Cupa *100 fiches pour connaître la psychologie*. Paris : Bréal. 3e ed. p. 224-225
- Riazuelo H. (2012) Le nécromancien entre cruauté de vie et cruauté de mort. In G. Chaudoye, D. Cupa. *Figures de la cruauté*. Edition EDK. p. 43-58.
- Riazuelo H., Cupa D., (à paraître 2012) *Incertitude en dialyse*. (dir.), A. Bioy. Paris : Ed. Dunod.

### Reuves à comité de lecture et indexées

- Cupa D., (2002).La pulsion de cruauté, *Sadisme, Revue Française de Psychanalyse*, LXVI, 1073-1089.
- Cupa D., Pirlot G.,(2007) La douleur peut-elle être perçue et cherchée plus "vivement" dans une culture post-moderne en perte de sens?, *L'évolution psychiatrique*, vol.71, n°4, pp. 729-743.
- Cupa D., (2006) Mourir, *Revue française de psychosomatique*, 147-156.
- Cupa D., Riazuelo, H., Causeret, C., Gourdon, M.L., Pirlot, G. (2009). Patient dialysé et processus de vieillissement psychique. *Néphrologie et Thérapeutique*, 5, 102-108.
- Cupa, D. (2009). Le silence des organes n'est pas la santé... . *Revue française de psychosomatique*, 36, 87-100
- Riazuelo, H., Cupa, D., Gourdon, M.L., Causeret, C., Pirlot, G., (2011). Psychopathologie du patient âgé en insuffisance rénale terminale. *Annales médico-psychologiques*, 169 (5), 277-338.
- Cupa, D. Psychoanalysis of the cruelty, *The International Journal of Psychoanalysis* (accepté).

- Cupa, D. (accepté) Le partage d'affects avec le mourant, *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF
- Riazuelo, H. (2012). Un adolescent entre deux machines. Entre hémodialyseur et ordinateur. *Adolescence*, 79, 199-216.
- Draskic N., A. Brudsche le Goff, A. Reynier, T. Hachache (2011) État dépressif, état cognitif et qualité de vie des patients âgés de plus de 70 ans en dialyse, *Néphrologie & Thérapeutique*, 7, 5, 284
- Pucheu S. (2008). "Des malades que l'on récuse...". Situations-limites en dialyse : le point de vue du psychologue. *Néphrologie et thérapeutique*, 4, 128-130

### Revue à comité de lecture non indexées

- Pérard-Cupa D., (1985). La grand'mère-machine-vampire de Marie-Sophie. *Perspectives Psychiatriques*, 104, 386-397.
- Pérard-Cupa., (1988). Création d'un espace « psychanalytique », par une équipe d'hémodialyse à domicile. *Rev. de Med. Psychosom.*, 14, 31-46.
- Pérard-Cupa D., (1995). Fantômes vampiriques et relations vampiriques. *Champ Psychosomatique*, 1, 81-99.
- Cupa D., (1995). Remarques épistémologiques sur la psychosomatique. *Champ Psychosomatique*, 1, 136-142.
- Cupa D., (1995). Les soins et le mortifère. *Champ psychosomatique*, 2/3, 33-44.
- Cupa D., (2000). La douleur de mourir, l'écriture du désastre. *Champ psychosomatique*, 19, 63-76.
- Weil-Barais A., Cupa D., (2000). Enseigner l'éthique et la déontologie ? *Bulletin de Psychologie* 53, 445, 78-85.
- Cupa, D. (2010). Paroles d'affect. *Bulletin de psychologie*, Novossibirsk, Russie.
- Cupa D. (2010) La psyché est la relation entre deux corps dont l'un est absent. *Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris*, 95, Paris : PUF.
- Pucheu, S. (2009). La décision de donner un de ses reins à son proche insuffisant rénal chronique. Sous la direction de D. Brun. "La décision entre médecine et psychanalyse". *Médecine et Psychanalyse*. Enjeux contemporains. Études Freudiennes, Hors série, 229-238.
- Pucheu, S. Consoli, SM. (2010). Is alexithymia a protective factor as regards the adjustment to a severe chronic disease? XIII annual meeting of the European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) XXVIII European Conference on Psychosomatic Research (ECPR): A selection of the best abstracts submitted In : *J Psychosom Res*, 2010 : 68 (6) : 605-679.

### Articles diffusion de connaissances

- Cupa-Pérard D., (1992). La Psychologie du dialysé : entre contraintes et liberté, *Soins*, 565, 34-39.
- Cupa D., (1997). Les enfants de parents dialysés, *Diamag*, 5, 5-7.
- Cupa D., (1998). Rêves d'un dialysé, *Diamag*, 7, 8-9.
- Cupa D., (1999). Entre emprise et liberté, Vivre en dialyse, *Diamag*, 10, 5-8.
- Cupa D., (2000). S'adapter à la dialyse, *Dialog*, 1.
- Cupa, D. (2008). Entretien avec Michel De M'Uzan. *La psychosomatique contemporaine*. Le carnet PSY, 2<sup>ème</sup> Partie, n°127. pp 43-49.
- Cupa, D., Gourdon M.-L., Riazuelo, H., Causeret, C., (2008) Psychanalyse en néphrologie. *Le Carnet PSY*, 127, 29-33.
- Cupa D., Riazuelo H., Gourdon M.-L., (2010) Les douleurs en néphrologie, *Echanges de l'AFIDTN*, 93, 26-32
- Cupa, D., Gourdon, M.-L., Riazuelo, H., Causeret, C., Delecroix, H. (2007). Spécificités de la prise en charge des patients en Insuffisance rénale terminale. *Dyalog*, 15, 8-9.
- Cupa, D. (2009). Prise en charge de la maladie chronique. *Revue AMGEN*, Paris, 5.

- Cupa, D. (2009). Maxime et son père. *Revue AMGEN*, Paris, 41-45, 1774-9042.
- Cupa, D., Riazuelo, H. (2009). Les aspects psychopathologiques du vieillissement du patient dialysé. *Revue AMGEN*, Paris, 35-40.
- Cupa, D. (2009). Psychanalyste en néphrologie. *Revue AMGEN*, Paris, 26-30.
- Riazuelo, H., Cupa, D., Gourdon, M.L., Causeret, C., (2010). Les douleurs psychiques en néphrologie. *Revue semestrielle de l'Association Polykystose France*, 2, 18-24.
- Riazuelo, H., Cupa, D., Gourdon, M.L, Pommier, F. (2010). Aspect psychologique du processus de vieillissement chez les patients dialysés. *Dyalog*, 4-10.
- Jean-Dit-Pannel, R. Cupa, D. Chalopin, J.-M. Nobili, F. (2011). Enfance et Dialyse Péritonéale.. <https://sites.google.com/site/congresapnp2011>
- Jean-Dit-Pannel, R., Livrozet, C. (2011). Les groupes de paroles animés par un psychologue : intérêts pour les patients en insuffisance rénale chronique et pour leur entourage. *Revue de la FNAIR*. N°128. P. 60-61.
- Jean-Dit-Pannel, R. (2006). Les enjeux psychiques de la dialyse. *L'Echo des Reins Comtois*. N°41. P. 16.
- Jean-Dit-Pannel, R., Cupa, D., Chalopin, J.-M., Nobili, F. (2009). Psychologue en hémodialyse : propositions d'interventions. [www.sfpsy.org](http://www.sfpsy.org). Publié en PDF.
- Pucheu, S. (2008). L'annonce d'un prélèvement d'organes aux proches d'un patient décédé. Revue en ligne [www.DocteurW.com](http://www.DocteurW.com). Laboratoire Wyeth, Éditions Scientifiques L&C, 2008.

### Conférences données à l'invitation du Comité d'organisation dans un congrès national ou international (sur les dernières années)

- Cupa, D. (2007). *Greffes et identités*, XVII congrès de psychanalyse de l'institut de psychanalyse de Varsovie. Pologne. (Publication en Polonais).
- Cupa, D. (2007, 28 mai). Alger. 1<sup>ère</sup> journée scientifique du laboratoire d'Anthropologie Psychanalytique et de Psychopathologie. Invitée.
- Cupa, D. (2008, Février). *Problèmes identitaires à la suite de greffe d'organe*. Varsovie, Colloque international : « Questions en psychosomatique », organisé par l'Université de Varsovie. Invitée par le Pr. Katia Walewska. (O przeszczepach i chimerach. Varsovie, XVII DNI IPP Zamieszkiwac Siebie).
- Cupa, D. (2008). *Le père mort*, XVIII congrès de psychanalyse de l'Institut de psychanalyse de Varsovie. Pologne. (Publication en Polonais).
- Cupa, D. (2008, 21-22Juin). Constantine, Organisé par le l'APP (Laboratoire de l'Université d'Alger partenaire de recherche) et la SPP : « Travail du psychothérapeute, travail du psychanalyste ». Invitée par le Pr. Si Moussi.
- Cupa, D. (2008, Novembre). *Violences et passions*. La cruauté originaire, Organisé par le département de psychologie de l'université Lomonosov et Paris X., Invitée par le Pr Y. Zichenko, Moscou Université Lomonosov.
- Cupa, D. (2010, Mai). *La psyché est la relation entre deux corps dont l'un est absent*. Colloque des Psychanalystes de Langue Française, Les relations corps psyché, Athènes.
- Cupa, D. (2010, 11-15 juin 2010). *Travail psychothérapeutique en psychosomatique*, Psychothérapie d'une fillette dont le père est dialysé. Séries de cours sur la psychosomatique, Colloque organisé par Pr. E. Alexieva de l'université de Sofia, Invitée Pr. E. Alexieva, Sofia.
- Cupa, D., (2010, 20 décembre). *Angoisses et dépression chez les patients dialysés et greffés*. Invitée par l'AURA de la Réunion, La Réunion.
- Cupa, D. (2011, 21, 22, 23, 24 mars). *L'agressivité chez les patients dialysés et greffés, Problèmes de non compliance chez des patients atteints de maladie somatique grave, Les enfants de patients somatiques graves*. Série de conférences, Invitée par l'équipe de néphrologues et celle de diabétologues de Papeete, Tahiti.
- Cupa, D. (2010, 5-9 février). L'écoute hypocondriaque. Xème Colloque international organisé par l'URPC, Tunis.

- Jean-Dit-Pannel, R., Cupa, D., Riazuelo, H. (2012, 03/02). *Plaintes corporelles et « travail de l'hypocondrie » chez le sujet en insuffisance rénale chronique hémodialysé*. Les formes primaires de la symbolisation. Université Lyon II. Institut de Psychologie. C.R.P.P.C. Colloque International de Psychopathologie et Psychologie Clinique. Symposium 2 – « Clinique du somatique ». Discutants : Pr. N. Dumet et MCU B. Smanioto. Présentation Powerpoint.
- Jean-Dit-Pannel, R. (2011, 16/10). *Enfance et Dialyse Péritonéale*. Congrès de Néphrologie Pédiatrique organisé par l'Association des Personnels de Néphrologie Pédiatrique (A.P.N.P.). Centre Diocésain – Besançon. Session plénière.
- Pucheu, S. (2007, 29-30/03). *Greffe d'organe : évaluer pour accompagner*. Journées scientifiques de la Fédération de Transplantation de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.
- Pucheu, S. (2007, 10-11/05). *Les aspects psychologiques des greffes avec donneur vivant*. Journées de formation de l'Association Française des Infirmier(e)s de Dialyse, Transplantation et Néphrologie (AFIDTN), Paris.
- Pucheu, S. (2008, 17/06). *Aspects psychologiques des donneurs de rein*. Troisième Journée nationale des comités donneurs vivants, Paris.
- Pucheu, S. (2008, 13-14/11). *Aspects psychologiques de la maladie chronique et de ses contraintes thérapeutiques*. Transplantation et Néphrologie, Journée de formation de l'Association Française des Infirmier(e)s de Dialyse, (AFIDTN), Paris.
- Pucheu, S. (2008, 13-14/11). *Violence subie / Violence agie dans la relation de soins*. Transplantation et Néphrologie (AFIDTN), Journée de formation de l'Association Française des Infirmier(e)s de Dialyse, Paris.
- Pucheu, S. (2008, 13-14/11). *La relation soignant / soigné. Mieux la comprendre. Mieux la gérer. Le patient usager de soins ?* Transplantation et Néphrologie (AFIDTN), Journée de formation de l'Association Française des Infirmier(e)s de Dialyse, Paris.
- Pucheu, S. (2009, 17-18/01). *La décision de donner un de ses reins à son proche insuffisant rénal chronique*. La décision entre médecine et psychanalyse, 10ème Colloque de Médecine et Psychanalyse, Paris, Cité Universitaire.
- Pucheu, S. (2009, 26-27/03). *Les aléas de l'écoute active en éducation thérapeutique : l'apport du psychologue*. Transplantation et Néphrologie (AFIDTN) : L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins, Journée de formation de l'Association Française des Infirmier(e)s de Dialyse, Paris.
- Pucheu, S. (2009, 21/11). *Cancer, comment vivre avec, comment en parler, comment accompagner ?* Conférence grand public au "Salon, Vivre Nature", Paris.
- Pucheu, S. (2010, 21-22/01). *Club de la Transplantation. Le parcours psychologique du greffé : des enjeux psychiques aux questions éthiques*. Thème du colloque : Receveurs d'organe et éthique, coordonné par M.F. Mamzer et E. Thervet, Abbaye des Vaux de Cernay.
- Riazuelo H., (2011) Intervention au 4e colloque Franco-Algérien. Alger, 2 et 3 décembre 2011 (invitée du Pr A. Simoussi, Université d'Alger)
- Riazuelo H. (2011) Psychopathologie du patient dialysé, 15 décembre 2011, AFIDTN,
- Gourdon M.-L., Riazuelo H., (8 octobre 2010) La prise en charge de la douleur, AFIDTN
- Riazuelo H., Gourdon M.-L. (8 octobre 2010) Les douleurs psychiques en néphrologie, AFIDTN
- Riazuelo H., (mai 2009, hôpital Necker, Paris), Douleurs en néphrologie, Association Polykystose France.
- M.-L. Gourdon, D. Cupa, H. Riazuelo, C. Causeret (15 Juin 2010) Douleurs psychiques en néphrologie, 4e Forum de l'ANIDER