

2015-2016

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en PSYCHIATRIE**

**TRANSPLANTATION  
RENALE ET TROUBLES  
PSYCHIATRIQUES**

**A PROPOS D'UN CAS DE TRANSPLANTECTOMIE  
RENALE RENCONTRE EN PSYCHIATRIE DE LIAISON**

**ALLET Guillaume**

Né le 10/09/1981 à Nantes (44)

**Sous la direction de M. FOURNIS Gaël**

Membres du jury

Madame le Professeur GOHIER Bénédicte		Président
Monsieur le Docteur FOURNIS Gaël		Directeur
Monsieur le Professeur GARRE Jean-Bernard		Membre
Monsieur le Professeur SUBRA Jean-François		Membre

Soutenue publiquement le :  
14 Octobre 2016



**UFR SANTÉ**



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné Guillaume Allet,  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 14/09/2016

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

---

**Directeur de l'UFR** : Pr Isabelle RICHARD

**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric LAGARCE

**Directeur du département de médecine** : Pr Nicolas LEROLLE

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETTON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstrucente et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

#### AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

# REMERCIEMENTS

## **A Madame le Professeur GOHIER**

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je vous remercie des connaissances acquises, aussi bien par la richesse de votre enseignement que par les différents stages effectués en psychiatrie au CHU d'ANGERS.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

## **A Monsieur le Professeur GARRE**

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Je vous remercie pour votre enseignement de qualité, pour votre disponibilité et pour les échanges constructifs que j'ai pu avoir avec vous lors des différents stages effectués au CHU d'ANGERS.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère considération pour votre savoir.

## **A Monsieur le Professeur SUBRA**

Vous avez accepté sans hésitation de faire partie de ce jury de thèse.

Votre présence m'honore.

Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

## **A Monsieur le Docteur FOURNIS**

Vous me faites l'honneur de diriger ce travail de thèse.

Je tiens à vous remercier pour votre aide indispensable à son élaboration, pour votre disponibilité, vos conseils et votre bienveillance tout au long de cette année écoulée.

Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

## REMERCIEMENTS

Je tiens également à remercier les médecins qui m'ont accompagné pendant mes quatre années de formation et plus spécialement sur cette dernière année, les Docteurs BARRE, BRIERE, DENES et PLANSON pour leurs compétences, leur disponibilité, et leurs précieux conseils.

J'adresse également une pensée amicale à mes co-internes, et plus spécialement à Dewi (Dr LE GAL), avec qui j'aurai le privilège de travailler durant les deux prochaines années.

Sur un plan personnel, je voudrais remercier Marion, qui m'accompagne dans la vie et me supporte au quotidien depuis de nombreuses années déjà. Merci pour ton affection et ton infaillible soutien.

Je remercie également mes parents et mes frères, Vincent et Marc, qui ont toujours été présents et m'ont permis de poursuivre mes études en toute sérénité. Je les espère enfin soulagés de me voir terminer ce deuxième cursus, commencé il y a neuf ans déjà.

Enfin, je n'oublie pas non plus les amis, des plus proches qui m'accompagnent au quotidien, aux plus anciens qui m'ont toujours soutenu et encouragé.

## Liste des abréviations

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
DFG	Débit de Filtration Glomérulaire
FAV	Fistule Artério-Veineuse
IRA	Insuffisance Rénale Aiguë
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
IRCT	Insuffisance Rénale Chronique Terminale
MRC	Maladie Rénale Chronique
NTIC	Néphropathie Tubulo-Intersticielle Chronique
SAU	Service d'Accueil des Urgences

# Plan

## INTRODUCTION

### I. LA TRANSPLANTATION RENALE

1. **Rappels historiques et épidémiologiques**
2. **Maladie et insuffisance rénale chronique**
3. **Indications**
4. **Parcours d'accès à la liste d'attente de greffe rénale**
5. **Complications et pronostic**
  - 5.1. Complications
  - 5.2. Pronostic

### II. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES

#### 1. **L'insuffisance rénale chronique**

- 1.1. Rappel
- 1.2. Réactions psychiques
- 1.3. Complications psychiatriques

#### 2. **La dialyse**

- 2.1. L'hémodialyse
  - 2.1.1. Rappel
  - 2.1.2. Réactions psychiques et complications psychiatriques
- 2.2. La dialyse péritonéale
  - 2.2.1. Rappel
  - 2.2.2. Réactions psychiques et complications psychiatriques
  - 2.3. Conséquences neuro-psychiatriques de l'insuffisance rénale chronique

#### 3. **La transplantation rénale**

- 3.1. Réactions psychiques
- 3.2. Complications psychiatriques
  - 3.2.1. Troubles anxiolétiques
  - 3.2.2. Troubles sexuels
  - 3.2.3. Non-observance des traitements
  - 3.2.4. Confusion mentale
  - 3.2.5. Troubles psychotiques aigus
  - 3.2.6. Décompensation d'affections psychiatriques antérieures
- 3.3. Spécificité de la greffe rénale : le donneur vivant

### III. RÔLE DU PSYCHIATRE DE LIAISON

1. **Rappels généraux**
2. **Spécificités de la psychiatrie de liaison en néphrologie**
3. **Bilan pré-greffe**
4. **Accompagnement post-greffe**
5. **Aspects thérapeutiques**
  - 5.1. Les psychotropes chez l'insuffisant rénal
    - 5.1.1. Les antidépresseurs chez l'insuffisant rénal
    - 5.1.2. Les antipsychotiques chez l'insuffisant rénal

- 5.1.3. Les anxiolytiques chez l'insuffisant rénal
- 5.1.4. Les hypnotiques chez l'insuffisant rénal
- 5.1.5. Les thymorégulateurs chez l'insuffisant rénal
- 5.2. Autres approches non médicamenteuses
  - 5.2.1. La thérapie de soutien
  - 5.2.2. La thérapie cognitive et comportementale

#### **IV. CAS CLINIQUE**

- 1. Quelques repères biographiques**
- 2. Antécédents médico-chirurgicaux**
- 3. Antécédents psychiatriques**
- 4. Déroulement des soins**

#### **V. DISCUSSION**

- 1. Aspects psychiatriques**
- 2. Aspects médico-légaux**
- 3. Propositions pour améliorer la prise en charge**

#### **CONCLUSION**

#### **BIBLIOGRAPHIE**

#### **TABLE DES MATIÈRES**

## INTRODUCTION

La psychiatrie de liaison s'est principalement développée au cours des cinquante dernières années permettant le développement de soins psychiatriques à l'hôpital général. Si son développement est variable d'un hôpital à l'autre, elle se trouve aujourd'hui relativement bien intégrée par les médecins somaticiens et par les médecins psychiatres même s'il persiste encore quelques dysfonctionnements liés souvent à la méconnaissance exacte de ses missions. Elle est dite « de liaison » car elle fait justement le lien entre médecine somatique et psychiatrie, avec un champ d'intervention allant des troubles psychiatriques caractérisés aux réactions psychologiques face à la maladie. Elle s'inscrit dans une approche globale du patient, où les différents médecins échangent avec leurs compétences propres en s'appuyant sur un modèle bio-psycho-social. Enfin, en plus de s'occuper des patients hospitalisés dans les services de médecine et de chirurgie, elle s'adresse également aux soignants qui en ont la charge par des actions de formation, l'objectif étant le meilleur déroulement possible des soins par une meilleure compréhension des mécanismes psychologiques en jeu.

Pour y parvenir, l'intervention dans les différents services de médecine nécessite, de la part du psychiatre de liaison, une solide culture médicale afin d'y être un interlocuteur légitime et crédible aux yeux du malade et des soignants. Cette connaissance permet paradoxalement, de s'affranchir de certains aspects techniques des pathologies somatiques, pour pouvoir aider au mieux le malade à supporter sa situation.

C'est dans ce contexte que les patients pris en charge dans les services de néphrologie sont amenés à rencontrer le psychiatre de liaison, tout particulièrement ceux en insuffisance rénale terminale chez qui se pose la question de la greffe rénale, avec toutes les conséquences psychiques que cela peut impliquer.

Pour rappel, le terme d'insuffisance rénale est défini par la diminution du débit de filtration glomérulaire (DFG), qui est le meilleur indicateur du fonctionnement rénal. Elle peut être aiguë (IRA) lorsque la diminution du débit de filtration glomérulaire est brutale et importante mais réversible après traitement, ou chronique (IRC) lorsque la diminution du débit de filtration glomérulaire est progressive et irréversible, conséquence de l'évolution d'une maladie rénale chronique, pouvant aboutir à l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) et au décès si une prise en charge par épuration extra-rénale (dialyse) ou greffe rénale n'est pas mise en place.

Actuellement c'est la transplantation rénale qui fait office de traitement de référence pour l'IRCT, mais du fait d'une augmentation des demandes et de la pénurie d'organes, elle reste limitée.

L'objectif de ce travail est de mettre en avant les difficultés rencontrées par les patients insuffisants rénaux chroniques et plus particulièrement les greffés rénaux, au travers d'un cas clinique tout à fait singulier par son évolution et sa prise en charge depuis sa transplantation rénale jusqu'à la transplantectomie, décidée de façon collégiale par les médecins néphrologues et psychiatres qui avaient la charge de ce patient.

Dans un premier temps, nous aborderons la question de la transplantation rénale au travers de rappels historiques et épidémiologiques, des indications d'une telle intervention et du parcours d'accès à la liste d'attente de greffe avant d'en évoquer les complications et le pronostic. Dans un second temps nous traiterons des aspects psychologiques et psychiatriques rencontrés chez les insuffisants rénaux chroniques qu'ils soient dialysés ou greffés. Ensuite sera abordé le rôle du psychiatre de liaison, en considérant le bilan pré-greffe à réaliser, les considérations éthiques autour des décisions prises, l'accompagnement post-greffe et les aspects thérapeutiques. Puis nous aborderons la situation clinique de notre

patient, greffé rénal puis détransplanté pour des raisons que nous évoquerons ensuite. Nous terminerons par une discussion générale.

# I. LA TRANSPLANTATION RENALE

Afin d'assurer au patient insuffisant rénal la meilleure prise en charge possible, le psychiatre de liaison se doit de connaître les spécificités de la maladie rénale chronique (MRC) et de la transplantation rénale, pour anticiper au mieux le parcours de soins et ses possibles alternatives thérapeutiques. Cette connaissance est en effet indispensable au psychiatre de liaison pour lui permettre d'échanger avec le patient et l'équipe médico-chirurgicale et de pouvoir ensuite prendre des décisions pertinentes.

## 1. Rappels historiques et épidémiologiques

Les transplantations d'organes sont considérées encore aujourd'hui, comme l'une des avancées les plus spectaculaires et fascinantes de la médecine moderne. Parmi celles-ci, les transplantations rénales (dont les premières dataient des années 1950) sont les plus fréquentes et se déroulent dans la majorité des cas sans problème somatique majeur.

Actuellement, la transplantation rénale est considérée, lorsqu'elle est possible, comme la meilleure méthode de suppléance rénale, plus efficace et moins coûteuse que les autres stratégies de dialyse évaluées (hémodialyse et dialyse péritonéale), avec une morbidité cardio-vasculaire moindre, une espérance de vie supérieure et une meilleure qualité de vie, quel que soit l'âge du patient. En France, on estime qu'environ 75 000 patients bénéficient aujourd'hui d'un traitement de suppléance rénale dont 35 000 sont porteurs d'un greffon rénal fonctionnel.

## 2. Maladie et insuffisance rénale chronique

La MRC est définie indépendamment de sa cause (anomalie rénale fonctionnelle ou structurelle), par la présence, pendant plus de trois mois, de marqueurs d'atteinte rénale

(albuminurie, hématurie ou leucocyturie), d'une anomalie morphologique à l'échographie rénale ou d'une baisse du DFG estimé au-dessous de 60 ml/min.

En France, la prévalence des adultes répondant aux critères de définition de la MRC est évaluée à environ 10%, concernant près de trois millions de personnes. L'hypertension artérielle et le diabète en sont les causes les plus fréquentes, responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux des stades d'IRCT. Le risque d'évolution vers le stade terminal nécessitant la dialyse ou une greffe rénale est faible dans l'absolu, la prévalence de l'IRCT étant de l'ordre de 1 pour 1 000 [1 ; 2].

### **3. Indications**

Les patients potentiellement concernés pour l'inscription sur la liste d'attente de greffe rénale sont ceux ayant une MRC de stade 4 (IRC sévère), pour lesquels on envisage un besoin de suppléance ou un DFG inférieur à 20 mL/min dans les douze à dix-huit prochains mois ou ceux ayant une MRC de stade 5 (IRCT) avec un DFG inférieur à 15 mL/min, dialysés ou non [2].

En France, les conditions d'accès à une transplantation rénale, ainsi que celles du don (donneur vivant ou décédé) sont régies par les lois de 2004 et 2011 relatives à la bioéthique. L'inscription préalable sur la liste d'attente nationale nécessite une décision médicale initiale suivie d'une validation administrative au sein de l'établissement de santé puis de l'Agence de la biomédecine. Cette inscription est indispensable pour pouvoir bénéficier d'une transplantation rénale. Mais cette réglementation n'est pas sans enjeu éthique car elle doit permettre, du fait d'un déséquilibre entre le nombre de greffons disponibles et le nombre de patients pouvant relever d'une indication de greffe, d'augmenter au maximum l'accès à la transplantation de toute personne susceptible d'en tirer un bénéfice individuel et nécessite de trouver un équilibre entre équité, efficacité et utilité.

## 4. Parcours d'accès à la liste d'attente de greffe rénale

Il existe plusieurs parcours possibles d'accès à l'inscription sur liste d'attente de transplantation rénale, qui correspondent à des situations cliniques différentes. Le patient peut être orienté avant toute dialyse (orientation en vue d'une inscription préemptive), alors que la dialyse a débuté ou bien encore, lorsqu'il est déjà porteur d'un greffon (réinscription préemptive ou patient en dialyse pour greffon non fonctionnel). Ainsi, au cours de sa vie, le malade chronique rénal peut être amené à connaître des périodes où il sera transplanté et d'autres où il sera dialysé.

L'information du patient par le néphrologue référent est la première étape du parcours du patient, à l'issue de laquelle il décidera avec le médecin s'il souhaite ou non s'engager vers un parcours d'accès à la liste d'attente. Cette information doit se faire au moins un an avant le premier traitement de suppléance.

L'orientation du patient par le néphrologue référent vers une équipe de transplantation est la deuxième étape qui correspond à la prise de décision de débuter ou non le parcours de prétransplantation rénale. Au cours de cette étape, le néphrologue référent, évalue selon les recommandations en vigueur, si les conditions médicales du patient lui permettent d'être éligible à la réalisation du bilan prétransplantation en vue d'une inscription sur liste d'attente. Parmi les critères de « *non-orientation justifiée* », qui peuvent entraîner un risque péri-opératoire trop élevé et/ou un bénéfice de la transplantation rénale en termes d'espérance et de qualité de vie insuffisant, on admet, les « *troubles psychiatriques aigus non stabilisés ou troubles psychiatriques chroniques non suivis, nécessitant des soins psychiatriques avant toute inscription sur la liste d'attente (avis d'un psychiatre)* » et la « *dépendance à l'alcool ou addiction aux drogues dures sans projet de sevrage* » [2].

La réalisation du bilan prétransplantation constitue la troisième étape du parcours du patient et permettra *in fine* la décision d'inscription ou de non-inscription sur la liste

d'attente. Au-delà des considérations médico-techniques, un des nombreux objectifs de ce bilan sera, au travers d'une consultation psychologique et/ou psychiatrique (recommandée mais non obligatoire), « *d'identifier les mesures à prendre pour limiter les complications péri- et post-opératoires et adapter les traitements ou suivis pour améliorer les conditions médicales et psychologiques qui pourraient affecter les résultats post-transplantation* » [2].

L'inscription pourra alors se faire après mise en place d'un accompagnement spécifique (social et/ou médical) notamment dans les situations de dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites, de l'existence de trouble(s) psychiatrique(s) ou de difficulté(s) sociale(s) ou d'autonomie. Et si ces conditions (psychiatriques et/ou addictologiques) ne sont pas remplies, il existe néanmoins la possibilité d'inscrire le patient sur la liste d'attente de greffe rénale mais en le plaçant d'emblée en « *contre-indication temporaire* », (ce qui signifie qu'une fois la résolution de ses difficultés effectuées, le patient pourra de nouveau être évalué).

## 5. Complications et pronostic

### 5.1. Complications

Comme tout geste chirurgical invasif, la transplantation de rein peut se compliquer plus ou moins précocement (thromboses vasculaires, fistules urinaires, hémorragies, sténoses de l'artère du greffon, etc.). Au-delà de ces complications chirurgicales, le néphrologue sera attentif au risque de rejet (hyperaigu, aigu cellulaire, aigu humorale, chronique), complication majeure possible en cas d'allogreffe d'organe et qui peut survenir malgré un traitement immunosupresseur bien conduit. Paradoxalement, cette immunosuppression n'est pas sans conséquence non plus, entraînant d'éventuelles complications iatrogènes (néphrotoxicité de certains immunosupresseurs, effets indésirables des corticoïdes, effets secondaires psychiatriques, etc.) et pouvant favoriser bien

évidemment, la survenue de complications infectieuses (bactériennes, virales ou fongiques) [1].

Ces diverses complications peuvent même aboutir à la décision d'une transplantectomie rénale. En effet, en cas de défaillance précoce du greffon rénal (thrombose vasculaire par exemple), lorsqu'il n'est plus fonctionnel (rejet) et est responsable de symptômes non maîtrisés par le traitement médical (fièvre inexpiquée, hématurie macroscopique, douleurs, syndrome inflammatoire chronique, etc.) ou en cas de cancer, se pose la question de le retirer [3 ; 4 ; 5].

Mais les données contradictoires sur la morbidité du geste (le risque de complications chirurgicales est estimé entre 16 et 45 % des cas selon les études [6]), ainsi que sur l'impact immunologique, concernant une greffe ultérieure (certaines études montrent une diminution des chances de survie à une seconde transplantation rénale ou un retard de reprise de la fonction rénale [7]) n'ont pas permis de faire émerger de consensus sur les indications et non-indications de ce geste.

## 5.2. Pronostic

Malgré toutes ces complications, la transplantation rénale reste la méthode la plus efficace de suppléance rénale, elle prolonge et améliore la vie d'un nombre croissant de patients qui présente une défaillance rénale. Actuellement, la survie du greffon est d'environ 96% à un mois, de 91% à un an et de 64% à dix ans (mais ce chiffre varie de 63%, si le greffon provient d'un donneur mort, à 78%, s'il provient d'un donneur vivant) [8].

## II. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES

Au sens physiologique, le rein, véritable filtre des substances toxiques du sang, est le principal organe excréteur de l'organisme et il élimine les déchets d'origine métabolique, principalement l'urée, produit de la dégradation des protéines ingérées. Par ce rôle de filtre, le rein devient l'organe de la « purification » du corps.

Au sens figuré, utilisés au pluriel, « les reins » sont souvent employés pour désigner la région lombaire, qui évoquent la force physique mais désignent aussi symboliquement les fonctions génératrices et la puissance sexuelle. Il est d'ailleurs courant d'entendre de quelqu'un qu'il a les « reins solides » ou qu'il aura pu donner le dernier « coup de reins » pour évoquer la richesse ou la puissance (et a contrario qu'on aura pu lui « briser les reins », ou lui infliger un « tour de reins »).

D'après la Bible, les reins seraient le siège de la vie affective et des impulsions inconscientes, auxquelles seul Dieu aurait accès : « *sonder les reins et les cœurs* ». Ici les reins sont entendus comme le siège des désirs secrets, tandis que le cœur désignerait les pensées les plus intimes [9].

Cet organe rassemble donc à lui seul d'importantes charges affectives et symboliques. On comprendra aisément dès lors, l'impact psychologique que peut avoir toute pathologie rénale chronique et il sera d'autant plus important si la maladie survient de façon brutale, une longue évolution de celle-ci permettant au malade une adaptation, à priori, plus progressive.

# 1. L'insuffisance rénale chronique

## 1.1. Rappel

L'IRC est définie par la diminution progressive et irréversible du DFG, qui est le meilleur indicateur du fonctionnement rénal. Elle résulte, nous l'avons vu, de l'évolution d'une MRC, définie par l'existence d'une anomalie rénale fonctionnelle, ou structurelle (néphropathies vasculaires et hypertensives, diabétiques, glomérulonéphrites chroniques...), évoluant depuis plus de trois mois et/ou d'un DFG inférieur à 60 mL/min depuis plus de trois mois. Elle peut aboutir à l'IRCT et au décès. Chez la plupart des patients, l'IRCT peut être traitée par l'épuration extra-rénale (hémodialyse ou dialyse péritonéale) et/ou la transplantation rénale [1].

## 1.2. Réactions psychiques

Les pathologies chroniques (dont l'insuffisance rénale) ont pour point commun « *l'impossible reconquête d'un état de stabilité des normes physiologiques* » [10]. Cet évènement imposé annonce la perspective d'une menace vitale à laquelle les réactions émotionnelles sont déterminantes quant à l'adaptation du patient à cette nouvelle situation. Ce changement de vie s'accompagne d'un travail de deuil, non pas lié à la mort, mais à la perte. Tout l'enjeu sera de consentir alors à vivre selon une nouvelle réalité, celle imposée par la maladie et de faire le deuil de la vie antérieure perdue.

Le patient en IRC reste avant tout un individu unique, défini par son âge, son sexe, son histoire de vie, sa personnalité et son environnement socio-familial. Ainsi à l'annonce de la maladie, les émotions ressenties et les représentations de celle-ci par le patient lui sont propres. De façon plus universelle, la maladie vient faire rupture dans l'existence du patient marquant une discontinuité dans sa réalité interne. Elle lui demande pour l'affronter, de mobiliser une importante partie de son énergie psychique. Il s'agira alors pour le patient de

« vivre avec », c'est-à-dire d'accepter les contraintes (thérapeutiques, socio-familiales et professionnelles) imposées par la maladie.

Parmi ces réactions, déclenchées à l'annonce de la maladie (rénales) chronique, on retrouve : des réactions anxieuses (les plus fréquentes), qui sont considérées le plus souvent comme un processus normal d'adaptation à la gravité somatique et à la menace vitale associée ; des réactions dépressives, qui viennent en réponse à l'altération de l'image d'invulnérabilité et d'inaffabilité que le sujet se fait de lui-même (masquées par des plaintes somatiques ou exprimées par un discours d'auto-dévalorisation, de fatalité ou d'abandon de projet) ; des réactions de régression et de dépendance vis-à-vis de l'entourage et des soignants, telles qu'une focalisation sur soi avec un retour à des satisfactions infantiles et une intolérance à la frustration, qui sont des processus normaux et nécessaires permettant de s'adapter à la situation nouvelle de la maladie ; des réactions de minimisation voire de déni de la maladie qui peuvent également survenir comme processus adaptatif si les pensées perturbatrices sont évacuées de la conscience ; des réactions d'ordre narcissique, avec d'un côté la crainte de ne plus être digne d'être aimé, ou le repli sur soi ou bien au contraire un narcissisme renforcé par l'intérêt porté autour de sa propre personne malade et qui peut devenir source de satisfaction ; enfin, des réactions d'agressivité (verbale ou physique) et de persécution peuvent survenir, engendrées par un sentiment d'injustice (se considérant comme victime d'une agression, pensant plus ou moins consciemment qu'on leur veut du mal par un mécanisme de projection) ou de menace.

De façon plus générale, lorsque les capacités d'adaptation du patient semblent dépassées par les exigences de la maladie, différentes stratégies de « coping » (de l'anglais « to cope with » qui veut dire « faire face ») ou d'ajustement au stress engendré par ce déséquilibre, pourront être mises à l'œuvre. On parle de « coping actif » pour les tentatives cognitivo-comportementales pour contrôler ou modifier une situation (recherche

d'information sur la pathologie pour essayer d'anticiper sur son cours normal, recherche d'un soutien social, initiation d'une activité physique, etc.) et de « coping centré sur les émotions » pour tenter de contrôler la tension émotionnelle induite par la situation (conduites de fuite, d'évitement, de minimisation ou d'adhésion à des modèles non médicaux de la maladie, voire à un déni complet). Le psychiatre doit alors être en mesure de pouvoir identifier ces modifications comportementales pour y apporter une réponse adaptée en fonction des circonstances de la rencontre et de, nous l'avons déjà souligné, la singularité du patient. Enfin même si l'IRC est d'abord « négative », venant altérer la qualité de vie, elle peut devenir source de bénéfices secondaires (socio-familiaux, émotionnels, etc.) pour le malade pouvant venir ralentir la guérison s'ils sont supérieurs à ceux du fonctionnement « sain » antérieur.

La question de la qualité de vie est également soulevée ici, qu'on pourrait définir comme « *la perception subjective par l'individu de son état physique (fonctionnement organique), émotionnel (état mental, psychique) et social (aptitude à engager des relations normales avec autrui) après avoir pris en considération les effets de la maladie (symptômes) et de son traitement (séquelles, handicap) »* [11]. Comparés à la population générale, il est donc évident que les patients insuffisants rénaux présentent une qualité de vie significativement diminuée dans les domaines physiques et psychiques et plus la maladie est avancée plus le retentissement est important [12].

### **1.3. Complications psychiatriques**

L'évolution progressive et incertaine de la maladie, la perception qu'en ont les malades (angoisses de mort, attente d'une greffe, etc.), le traitement et l'altération de la qualité de vie engendrée peuvent entraîner l'aggravation de ces réactions psychiques précédemment décrites et se compliquer de véritables troubles psychiatriques (troubles de l'humeur et troubles anxieux principalement, avec une prévalence située autour des 30 à 40 % chez les

patients souffrant d'IRCT) [13]. Le cas échéant, la prise en charge ne sera pas différente d'une prise en charge psychiatrique habituelle pour ces troubles, sauf pour les psychotropes dont il faudra ajuster la posologie.

## 2. La dialyse

### 2.1. L'hémodialyse

#### 2.1.1. Rappel

C'est la technique de dialyse la plus utilisée en France (plus de 90 %) et qui permet une durée de survie allant jusqu'à vingt ans et plus. Elle est principalement réalisée dans des centres d'hémodialyse, avec présence médicale permanente. L'organisation pratique est assez conséquente avec des séances qui sont réalisées en général trois fois par semaine, et durant chacune de quatre à six heures. Cette technique nécessite la mise en place d'une circulation extra-corporelle (avec un abord vasculaire par fistule artério-veineuse [FAV] de préférence), un générateur d'hémodialyse et un dialyseur permettant la réalisation des échanges. Cette technique permet de contrôler les volumes liquidiens en ramenant le patient à un poids idéal théorique, de soustraire les différentes molécules à élimination urinaire comme l'urée, la créatinine ou d'autres toxiques et de corriger les différentes anomalies électrolytiques. Tous les patients sous hémodialyse doivent suivre un régime alimentaire strict : restriction hydro-sodée et apports protéiques et caloriques limités [1].

#### 2.1.2. Réactions psychiques et complications psychiatriques

Les contraintes au quotidien de cette technique sont lourdes et imposent une réorganisation complète des habitudes de vie du patient. Et ce n'est que par la mise en jeu du pronostic vital à plus ou moins long terme que ce remaniement est envisageable par le patient.

De fait, la dialyse altère la qualité de vie de façon globale [14] et entraîne une grande dépendance, avec un sentiment de perte de contrôle et de vulnérabilité qui peuvent être

psychiquement mal vécus, comme l'attestent certains taux de troubles psychiques plus élevés que dans la population générale [15]. D'un point de vue psychopathologique, l'entrée dans la dialyse constitue une perte traumatique, une « blessure narcissique » [16], le patient perdant une fonction vitale, ce qui le confronte à sa propre mort. Cette mort, finalement évitée, le renvoie à une nouvelle position existentielle de dépendance psychique et temporo-spatiale (à la machine, aux soignants, aux proches, etc.) et ce d'autant plus que le patient est vulnérable [17 ; 18]. Tout l'enjeu pour les soignants d'un service d'hémodialyse consiste alors à être capable de rendre cette dépendance vitale supportable pour le malade [19 ; 20].

L'image du corps est également bouleversée par ce lien à la machine (véritable « *cordon ombilical* » symbolique [21]), le dialyseur entamant les limites entre l'interne et l'externe. Cette question du corps renvoie inévitablement à celle de l'identité du sujet, qui s'interroge (peut-être pour la première fois) sur son rapport au monde, aux autres et à lui-même (à travers la question de l'intimité). Le patient pourra en effet se sentir « dépossédé » de son corps malade par la médecine, le « subissant » plus qu'il ne le « vit » [22]. Il peut donc exister un sentiment de déshumanisation, de désanimation voire un véritable vécu de dépersonnalisation [23], qui confère à la dialyse un caractère traumatogène.

Déjà, à ce stade de la MRC, il faut pouvoir accompagner le patient et repenser avec lui, la coexistence du corps vécu et du corps anatomique pour avancer vers la « réappropriation » de ce corps (processus similaire pour le patient nouvellement transplanté).

De son côté le malade va passer par différents stades qui se rapprochent de ceux que l'on peut rencontrer au cours d'un deuil : déni, colère, marchandage, dépression et acceptation [24], avec différents degrés d'expression, de durée, et d'intensité pouvant aboutir à un ou des processus psycho-pathologiques, nécessitant une éventuelle prise en charge psychothérapeutique et/ou pharmacologique au long cours.

## 2.2. La dialyse péritonéale

### 2.2.1. Rappel

Cette technique de dialyse, plus récente, est moins utilisée que la précédente. Elle a des performances d'épuration moindres et plus limitées dans le temps (quelques années), mais permet le traitement à domicile des malades et est mieux tolérée sur le plan hémodynamique. Cette technique nécessite la pose d'un cathéter de dialyse péritonéale inséré chirurgicalement et d'un système de connexion qui permet d'assurer les échanges de façon aseptique (technique manuelle ou automatisée par une machine), la membrane péritonéale faisant ici office de dialyseur. Les conditions de régime alimentaire sont similaires à celles de l'hémodialyse [1].

### 2.2.2. Réactions psychiques et complications psychiatriques

Cette technique a été développée initialement pour diminuer le degré de dépendance du patient, mais d'autonomie toute relative, puisque toujours liée à une certaine technique. Cette dépendance reste donc omniprésente et est souvent la raison principale évoquée par les patients dialysés (en hémodialyse ou en dialyse péritonéale) pour une transplantation rénale, perçue comme ultime recours pour s'affranchir des liens techniques, chimiques et humains de la maladie rénale chronique.

## 2.3. Conséquences neuro-psychiatriques de l'insuffisance rénale chronique

A l'impact psychologique des maladies rénales chroniques, peuvent s'ajouter les complications neuro-psychiatriques liées à leurs conséquences (encéphalopathie urémique, hyperparathyroïdie, etc). Ainsi, et malgré la mise en place d'une suppléance rénale, l'IRC peut se compliquer d'une symptomatologie d'expression psychiatrique : elle peut être la cause de troubles du comportement alimentaire (anorexie principalement mais aussi boulimie), initialement liée aux toxines urémiques mais aussi associées aux

recommandations diététiques souvent perçues comme restrictives et frustrantes pour les patients (et souvent lié à des troubles anxieux sous-jacents) [25] ; cause potentielle de perturbation du bilan phosphocalcique (par sécrétion d'hormone parathyroïdienne), elle peut aussi être associée (rarement) à des calcifications cérébrales, pouvant être révélées par une symptomatologie psychiatrique à type de troubles psycho-comportementaux notamment [26] ou entraîner des troubles dépressifs par action de la parathormone au niveau des systèmes noradrénergique, dopaminergique et sérotoninergique [27] ; enfin, elle peut être la cause de troubles du sommeil à type de somnolence diurne (hypothèse d'un métabolite non identifié et non dialysé), d'insomnie (liée à une dérégulation de la sécrétion de mélatonine chez les dialysés), d'apnées du sommeil et de syndrome des jambes sans repos (favorisé par la présence d'une polyneuropathie urémique et d'un éventuel dysfonctionnement du système dopaminergique, possiblement modulé par une carence en fer) [28].

Malgré la mise en dialyse et l'élargissement des consignes diététiques, les troubles du comportement alimentaire pourront persister et rendre nécessaire une prise en charge spécifique, psychologique et/ou psychiatrique. En ce qui concerne les troubles anxio-dépressifs et les troubles du sommeil, nous avons vu qu'ils sont très fréquents chez les patients insuffisants rénaux (particulièrement chez les dialysés), altèrent leur qualité de vie, augmentent la morbidité cardiovasculaire et abaissent l'espérance de vie de ces malades. Il conviendra donc d'être particulièrement attentif au diagnostic de ces troubles potentiellement résolutifs sous traitement étiologique adapté. Dans certains cas, et selon la symptomatologie présentée, un traitement antipsychotique, antidépresseur, anxiolytique et/ou hypnotique pourra également être associé.

### 3. La transplantation rénale

Malgré une certaine banalisation d'un point de vue technique, la transplantation d'organe, de rein en l'occurrence, reste encore l'objet de nombreux fantasmes et s'accompagne souvent chez le greffé d'un vécu psychique particulier : quelle place l'organe greffé vient prendre dans l'esprit du patient ? Et comment vivre avec l'organe d'un autre [29] ? Peuvent être remises en cause, des problématiques essentielles comme la vie et la mort, le soi et le non-soi, le dedans et le dehors, l'intimité et l'autre (au travers du caractère intrusif de l'organe), le don et la dette, le sentiment d'identité [30], ainsi que la transgression des interdits [31]. De nombreuses interrogations se bousculent alors : comment la greffe peut-elle prendre ? S'il s'agit d'un donneur décédé, qui peut-il être ? Quelles représentations s'en fait-on [32] ? Quelles modifications, voire perturbations psychiques, la transplantation rénale induit-elle sur le malade ? Ces remaniements psychiques auxquels les malades sont confrontés au cours de la greffe, peuvent être discrets et silencieux, ou visibles et bruyants et aboutir parfois à de véritables complications psychiatriques.

#### 3.1. Réactions psychiques

Prendre un organe pour le remplacer par celui d'un autre (vivant ou mort) induit des réactions psychiques complexes. Le malade, au cours de ce processus de greffe, va donc être confronté à diverses crises émotionnelles.

En premier lieu, à l'annonce de la greffe, le malade est confronté à un double message paradoxal, de mort d'une part (menace du pronostic vital à plus ou moins court terme et attente du décès d'un potentiel donneur) et de vie d'autre part (espoir « fou » de retrouver une « nouvelle vie » au travers d'« un nouvel organe » [33]), certains auteurs parlant même de « rein-carnation » [34]. Cette annonce peut générer un « état de choc » et

de panique émotionnelle mais les refus de transplanter restent exceptionnels, les patients évoquant leur impossibilité à refuser une telle proposition, qui parfois « s'impose » à eux [35]. Après cette acceptation, qui semble se faire sans hésitation apparente (mais avec parfois une ambivalence sous-jacente), le travail psychique de deuil, d'acceptation et d'adaptation peut commencer.

Vient ensuite une période d'attente pré-greffe qui est parfois vécue comme une torture psychique par les malades. Cette situation génère un sentiment d'impuissance et de dépendance, pouvant engendrer des fantasmes morbides plus ou moins conscients à l'égard d'un potentiel donneur (en souhaitant sa mort par exemple). Le malade est alors confronté à un triple deuil : celui de ses reins déficients et par extension celui qu'il a été (deuil de soi) et enfin celui du donneur (qu'il soit vivant ou mort) [16]. Les réactions adaptatives mises en œuvre pour faire ce deuil sont habituellement le déni, l'isolement voire la projection agressive. Ces mécanismes de défense, nécessaires, protègent le patient d'un risque potentiel de décompensation psychique. C'est donc lors de ce temps d'attente qu'un suivi psychologique est utile, permettant un soutien au patient, et une évaluation psychologique indispensable en pré-greffe, comme nous le décrirons par la suite. L'enjeu du travail du psychothérapeute sera d'aider le patient et son entourage à mettre en place des stratégies de coping pour apprendre à « tolérer l'incertitude ».

Enfin la période post-opératoire immédiate (quelques heures à quelques jours après la greffe) est particulièrement à risque de delirium postopératoire (confusion mentale) et, lorsque le malade prend conscience du succès opératoire et d'un certain climat d'euphorie ambiante, de manifestations d'allure hypomaniaque avec un fort sentiment de toute puissance et d'immortalité retrouvé dans ce contexte. Elle peut également amener des mécanismes de défense de type obsessionnel, comme une augmentation des préoccupations hygiéniques ou des rituels de lavage [36]. De façon plus communément admise, cette

période permet au patient de se réinvestir sur le plan narcissique et de faire naître de nouveaux projets, parfois laissés en suspens jusqu'alors.

Ensuite peuvent apparaître le sentiment d'être redevable, le patient greffé se sentant dépositaire de l'organe du donneur qui lui permet la vie, mais aussi de la culpabilité (lié à l'aspect non remboursable du don, ou aux souhaits de mort que le patient a pu émettre à son encontre avant l'intervention) et, parfois du déni [37]. Cette dette pourra se déplacer sur l'équipe soignante ou les chirurgiens. A l'inverse, si des complications ont lieu, le donneur pourra être porté pour responsable, devenant ainsi « mauvais donneur ». La dénégation du greffon et/ou du donneur est un mécanisme de défense adaptatif, et nécessaire, au processus d'internalisation ou d'incorporation du greffon (encore appelée « greffe psychique »). Mais s'il s'avère être initialement protecteur, il est néanmoins souhaitable que ce déni ne dure pas trop longtemps au risque de fragiliser l'équilibre psychologique du patient.

L'anonymat du don (lorsque le donneur est décédé) peut aussi déclencher chez le receveur de multiples fantasmes sur la couleur de la peau, la religion, la façon de vivre, l'hérédité ou bien encore sur le sexe du donneur [38]. Parfois, c'est l'appellation même de « rein de cadavre » qui pourra être sujette à interrogations chez le patient greffé : *« que peut-on attendre d'un cadavre ? Le greffon ne risque-t-il pas d'être abîmé, avarié par l'attente ? Endommagé par l'accident ? S'agit-il d'un « bon » rein ? »* [35]. Autant de questions dont le receveur n'osera parler, par honte d'exposer sa méconnaissance ou par culpabilité de remettre en question celui qui pourrait le sauver.

La greffe psychique nécessite donc un travail de mentalisation qui s'achève en général un an après l'opération : le patient après avoir libéré l'organe du donneur de son poids de fantasmes, le considère et en parle comme de son propre corps [30].

## 3.2. Complications psychiatriques

Par leur intensité ou leur caractère prolongé, ces réactions psychiques peuvent évoluer en véritables complications psychiatriques.

### 3.2.1. Troubles anxiо-dépressifs

Les troubles anxieux et/ou dépressifs sont les plus fréquemment rencontrés chez les receveurs de rein. Les symptomatologies rencontrées sont plutôt en faveur de troubles de l'adaptation réactionnels au contexte de gravité somatique. Ces troubles semblent souvent corrélés à la durée des périodes dites « d'attente » et « post-opératoire » (si complications). En ce qui concerne ces troubles, ils suivraient la cinétique d'évolution suivante : un niveau élevé avant la greffe, lié à l'attente, suivi d'une amélioration, d'un soulagement, en post-greffe immédiat puis d'un retour à un niveau important d'anxiété et de dépression à distance de la greffe, en rapport avec les nombreuses interrogations suscitées (angoisses de mort : mort de la fonction rénale, mort évitée, mort d'un éventuel donneur pour que le patient puisse vivre avec culpabilité réactionnelle ressentie), les contraintes post-opératoires et la crainte d'un rejet du greffon [12].

### 3.2.2. Troubles sexuels

Les troubles sexuels (impuissance, troubles éjaculatoires et baisse de la libido) peuvent être générés par des questionnements autour du sexe du donneur et une altération des rapports et de liens conjugaux préexistants à la greffe.

### 3.2.3. Non-observance des traitements

La non-observance des traitements médicamenteux (immunosuppresseurs) et des règles hygiéno-diététiques est une des problématiques majeures en post-transplantation. Les origines de cette non-compliance sont multiples : dépression, déni, délire, incompréhension des traitements, effets indésirables, problèmes relationnels avec la famille et/ou l'équipe soignante, ou bien encore liée à l'apparition d'une désillusion proportionnelle à l'idéalisation

pré-opératoire de la transplantation [39]. Cette non-compliance est parfois difficile à supporter pour les équipes soignantes, puisque le patient met en péril un dispositif complexe et peut annuler l'investissement de l'équipe.

#### **3.2.4. Confusion mentale**

Un delirium post-opératoire immédiat n'est pas rare, lié à des facteurs organiques non spécifiques (anesthésie prolongée, hypoperfusion cérébrale...).

#### **3.2.5. Troubles psychotiques aigus**

Des épisodes psychotiques aigus peuvent survenir entre deux et quatre semaines après l'intervention le plus souvent. Le délire peut être à thématique de persécution ou d'hypochondrie avec un déni de l'affection causale et/ou de l'opération subie. Une origine organique, notamment iatrogène, devra être éliminée avant toute conclusion diagnostique, avec la recherche de signes discrets de confusion mentale associée.

#### **3.2.6. Décompensation d'affections psychiatriques antérieures**

La décompensation d'une affection psychiatrique préexistante est aussi possible, expliquée par la charge émotionnelle que le patient porte tout au long de ce processus de transplantation. Des antécédents de dépression, de trouble bipolaire ou de trouble schizophrénique (s'ils ne contre-indiquent pas la greffe) nécessitent un suivi spécifique rapproché.

### **3.3. Spécificité de la greffe rénale : le donneur vivant**

D'autre part, l'une des spécificités de la greffe rénale (tout comme la greffe hépatique, pulmonaire ou encore la greffe de moelle osseuse) c'est qu'elle peut s'effectuer à partir d'un donneur vivant (parent le plus souvent). Mais ce don, qui permet souvent une réduction de la période d'attente, peut tout de même s'avérer problématique et générer de part et d'autre un sentiment de culpabilité : culpabilité du donneur (un parent par rapport à son enfant) qui

n'a pas su/pu protéger le receveur et culpabilité du receveur qui « oblige » le donneur à « se sacrifier » et à être « mutilé » chirurgicalement pour lui avec la prise de risque inhérente à toute opération [40]. Cette problématique du don et de la dette pourra prendre une importance considérable en cas, notamment, de complications post-opératoires (rejet du greffon par exemple) [35]. Il conviendra bien entendu d'être attentif au retentissement psychique que peut avoir une telle opération sur le receveur et sur le donneur et de proposer un accompagnement psychologique et/ou psychiatrique le cas échéant.

### **III. RÔLE DU PSYCHIATRE DE LIAISON**

#### **1. Rappels généraux**

La psychiatrie de liaison a beaucoup évolué au cours des dernières décennies et continue de se développer activement actuellement. Ce développement (nous l'avions abordé dans notre introduction) est le reflet du redéploiement de la psychiatrie en direction de l'hôpital général, cette discipline ayant déjà pu faire ses preuves au sein des services médicaux et chirurgicaux. La psychiatrie de liaison s'adresse en effet aux malades (de l'hôpital général) et à leurs proches mais également aux équipes soignantes des services les prenant en charge.

Elle propose des interventions extrêmement diversifiées allant d'activités à caractère clinique à des activités pédagogiques ou de recherche. Parmi ces missions, le psychiatre sera le plus souvent amené à établir un diagnostic psychiatrique chez un patient hospitalisé pour une pathologie organique, mais également à contribuer au diagnostic différentiel entre troubles somatoformes et troubles somatiques ou bien encore à pouvoir accompagner les équipes soignantes dans la prise en charge des patients psychiatriques (souvent réputés « difficiles ») hospitalisés pour un trouble organique intercurrent, par la prescription de psychotrope(s) ou en jouant un rôle de « médiateur » à l'interface entre le malade et les soignants somaticiens [41 ; 42 ; 43].

#### **2. Spécificités de la psychiatrie de liaison en néphrologie**

Plus spécifiquement, et notamment en néphrologie, le psychiatre de liaison pourra être appelé à donner un avis thérapeutique (nombreuses molécules utilisées en néphrologie pourvoyeuse d'effets indésirables psychiatriques [44]) ou à participer à des consultations

et/ou des réunions pluridisciplinaires en vue de la préparation à une intervention chirurgicale majeure telle qu'une transplantation rénale. Car pour la majorité des patients en attente d'une transplantation (pas seulement rénale), la greffe est fantasmée comme LA solution ; elle égalerait la guérison [35]. Mais plus que la guérison attendue, la transplantation est une nouvelle forme de maladie chronique [45]. Elle signifie néanmoins la fin (temporaire) de la dialyse, technique qui entraîne, nous l'avons vu, une altération de la qualité de vie. Le malade greffé, va donc s'affranchir en partie, de ce lien avec la « machine », mais va rester dépendant d'un certain nombre de soins et de traitements (médicaments immunosupresseurs notamment), avec toutes les complications somatiques et psychiques que cela peut impliquer. En effet, cette « liberté » retrouvée est assortie de l'obligation d'assumer enfin ses propres désirs [46] : la greffe rénale ne devenant alors qu'une étape, qu'un moyen d'aller vers ce futur qui reste à construire avec toute l'incertitude qui l'entoure (interrogations suscitées par la greffe et le greffon, attente anxieuse autour d'un éventuel rejet avec reprise des séances de dialyse, etc.) [47].

Ce qui explique que la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques éligibles à une greffe rénale nécessite, comme pour d'autres transplantations d'organes, une consultation spécifique, dite pré-greffe (ce qui n'a pas toujours été le cas dans le passé, les « *chooses se passant bien* » la plupart du temps [39]) et la mise en place d'un suivi psychologique et/ou psychiatrique si nécessaire (selon le profil ou les antécédents éventuels du patient), l'existence d'une maladie psychiatrique ne contre-indiquant pas toujours la transplantation d'organe [48], mais pouvant surseoir à celle-ci (cf. I.4). Par exemple, il n'existe pas de contre-indication formelle en cas de schizophrénie équilibrée ou de trouble bipolaire euthymique. En revanche, l'équipe de psychiatrie de liaison doit, dès l'évaluation, pouvoir proposer une prise en charge la plus complète possible pour accompagner les soins et l'équipe somatique. Il est important de repérer tout ce qui pourrait faire barrage à une

bonne observance ultérieure, notamment du fait de la nécessité d'une observance scrupuleuse des traitements immunosuppresseurs.

### 3. Bilan pré-greffe

Les objectifs de cette évaluation sont multiples et consistent à diagnostiquer et traiter des troubles psychiatriques préexistants à la greffe, prévenir la survenue de troubles psychiatriques ultérieurs et évaluer le contexte psychologique pour favoriser l'adaptation du patient à l'évènement de vie majeur que constitue la greffe (en évaluant l'adaptation du patient à des évènements majeurs passés, par exemple) [49]. Parmi les troubles psychiatriques identifiés et préexistants à la greffe, certains constituent des contre-indications formelles (mais non définitives pour certaines) à la transplantation comme une schizophrénie non stabilisée, un trouble de la personnalité pathologique (de type antisocial notamment), un trouble dépressif récurrent avec risque suicidaire, un trouble bipolaire décompensé, une crise suicidaire active, une ou des addictions non sevrées ou bien encore un déficit intellectuel [50].

Dans la pratique, elle est réalisée à la demande du médecin ou du chirurgien référent du patient, et parfois alors même qu'il est déjà inscrit sur la liste d'attente. Au-delà des habituels éléments biographiques, de l'histoire de la maladie et des antécédents psychiatriques et addictologiques du futur greffé, il conviendra de s'intéresser plus particulièrement aux capacités cognitives (évaluation de la capacité à comprendre l'intervention et ses implications futures, complétée si nécessaire par un bilan neuro-psychologique), à la personnalité et aux éléments psychologiques et psychopathologiques éventuels (repérer les mécanismes de défense adaptatifs mis en jeu, les représentations du donneur, du greffon et de la greffe, rechercher les motivations et les attentes du patient par rapport à celle-ci, etc.). Enfin une évaluation du support social comprenant une rencontre de

l'entourage familial et/ou amical et l'appréciation des conditions de vie (logement, profession, situation financière, etc.) semble également souhaitable pour mieux appréhender la place du futur greffé dans la dynamique socio-familiale et l'implication des proches dans ce projet de transplantation.

De fait, les situations cliniques rencontrées dans ces consultations psychiatriques sont très variées. Pour les patients en attente de greffe de rein, il peut s'agir d'épisodes dépressifs, d'interrogations concernant l'indication de greffe chez un patient schizophrène, ou bien encore de troubles du comportement chez un patient dialysé en attente de greffe rénale [51]...

#### **4. Accompagnement post-greffe**

Pour les patients greffés et malgré une consultation pré-greffe bien menée, les épisodes dépressifs et/ou délirants (allant parfois jusqu'à un état mélancolique ou au syndrome de Cotard [16]), sont relativement fréquents [52], pouvant être d'origine iatrogène parfois [53].

Dans tous les cas, il faut insister sur la nécessité de repérer ces problématiques avant et/ou après la greffe, afin de pouvoir accompagner au mieux ces patients et de limiter certains « rejets psychiques » liés à l'apparition ou à l'aggravation de troubles psychologiques ou psychiatriques à type principalement de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de troubles psychotiques.

Il semble donc indispensable que cette évaluation soit réalisée par des psychiatres expérimentés, intéressés par cet aspect de la psychiatrie et impliqués dans la relation avec l'équipe médico-chirurgicale.

Cet accompagnement ne doit pas faire oublier la dimension apaisante voire thérapeutique qui incombe au psychiatre : la rencontre à travers l'écoute et la parole, en essayant de s'affranchir des enjeux techniques de la greffe et d'ouvrir des perspectives pour

les échéances à venir. Enfin, rester disponible ou le cas échéant, proposer un suivi psychologique et/ou psychiatrique qui pourra (pourront) être essentiel(s) à la poursuite de la prise en charge.

## 5. Aspects thérapeutiques

Dans les précédents chapitres, nous avons pu constater que les troubles psychiatriques étaient fréquents chez l'insuffisant rénal chronique et tout particulièrement chez le greffé rénal, nécessitant une prise en charge adaptée avant et après la transplantation. Cette prise en charge s'appuie sur différents aspects thérapeutiques que sont les traitements médicamenteux (psychotropes) et non-médicamenteux (psychothérapies) que nous allons développer dans les paragraphes qui suivent.

### 5.1. Les psychotropes chez l'insuffisant rénal

Principal frein à la prescription de psychotropes, l'insuffisance rénale reste compatible avec certaines molécules, à condition de respecter certaines précautions d'emploi : en cas d'insuffisance rénale, la règle générale sera de débuter le traitement psychotrope à faible dose (la moitié de la dose initiale recommandée) et d'augmenter progressivement sous surveillance biologique jusqu'à une dose maximale n'excédant pas la moitié de celle-ci [54].

Pour chacune des classes de psychotropes suivantes ces règles sont modulables en fonction du DFG. Elles seront donc valables chez l'insuffisant rénal non encore dialysé, dialysé en attente d'une greffe rénale ou chez le transplanté de nouveau dialysé en attente d'un prochain greffon. Le sujet greffé rénal avec un greffon fonctionnel et un DFG normal n'aura pas besoin d'un ajustement thérapeutique (attention néanmoins à la néphrotoxicité de certains traitements immunosuppresseurs comme le tacrolimus, la ciclosporine ou bien encore la corticothérapie au long cours qui peuvent détériorer la fonction rénale et qu'il conviendra de surveiller).

### **5.1.1. Les antidépresseurs chez l'insuffisant rénal**

Dans la classe des inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine, la sertraline semble être la seule molécule ne nécessitant pas d'ajustement posologique chez l'insuffisant rénal. Dans la classe des inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, on préférera utiliser la venlafaxine, qui ne nécessite une adaptation posologique (diminution de moitié) qu'en cas d'insuffisance rénale sévère (DFG inférieur à 30 mL/min). Dans la classe des tricycliques, aucune molécule ne semble plus particulièrement maniable (la règle de la diminution de la posologie s'applique alors). Dans la classe des antagonistes  $\alpha_2$  présynaptique d'action centrale, on privilégiera la mirtazapine qui ne nécessite une adaptation posologique qu'en cas d'insuffisance rénale sévère. A propos des autres classes d'antidépresseur, le moclobemide (inhibiteur de la monoamine oxydase A), l'agomélatine (antidépresseur mélatoninergique) et la tianeptine (apparenté aux tricycliques) requièrent une utilisation avec prudence (notamment dans les insuffisances rénales sévères).

### **5.1.2. Les antipsychotiques chez l'insuffisant rénal**

Dans la classe des antipsychotiques de première génération, plutôt utilisés pour leur effet sédatif, le tiapride a l'avantage d'avoir une adaptation bien codifiée : diminuer de moitié la posologie en cas de DFG inférieur à 20 mL/min et diminuer au quart la posologie en cas de DFG inférieur à 10 mL/min. Concernant les antipsychotiques de deuxième génération (ou antipsychotiques atypiques), l'aripiprazole et la quiétapine ne nécessitent pas d'ajustement posologique chez l'insuffisant rénal. La posologie de la rispéridone, qui fait encore figure de traitement de référence, devra être diminuée de moitié.

### **5.1.3. Les anxiolytiques chez l'insuffisant rénal**

L'hydroxyzine et les benzodiazépines devront respecter le principe d'une diminution de moitié de la posologie habituelle. Le lorazépam et l'oxazépam sont les deux benzodiazépines

à privilégier en cas d'IRCT (absence de métabolites actifs) : ils sont à prescrire à faible dose en raison de l'augmentation de leur demi-vie (jusqu'à 4 fois) [54].

#### **5.1.4. Les hypnotiques chez l'insuffisant rénal**

Les hypnotiques (benzodiazépines ou apparentés type zolpidem ou zopiclone) suivront le même précepte d'une diminution de la moitié de leur posologie habituelle. L'alimémazine, seule alternative aux benzodiazépines, sera utilisée avec précaution.

#### **5.1.5. Les thymorégulateurs chez l'insuffisant rénal**

Pour mémoire, le carbonate de lithium constitue encore à ce jour le traitement de référence dans la prise en charge des troubles bipolaires. Mais malheureusement, et en dépit de son efficacité largement reconnue, le lithium peut entraîner (en raison d'une marge thérapeutique étroite et d'une toxicité importante), lors de traitements prolongés, des complications au niveau de la fonction rénale principalement (IRC par évolution d'une néphropathie tubulo-interstitielle chronique [NTIC] après quinze à vingt ans de lithiothérapie). Compte-tenu de ses effets indésirables, son maintien chez l'insuffisant rénal pourra faire l'objet d'une concertation entre le psychiatre et le néphrologue en évaluant le rapport bénéfice/risque [55]. Si l'indication est retenue, le contrôle de la lithémie et du DFG devront être plus fréquents. En cas d'apparition ou d'aggravation rapide d'une insuffisance rénale et/ou d'un DFG inférieur à 40 mL/min, l'arrêt du lithium devra être envisagé. En remplacement du lithium, il est possible de proposer un anticomitial (valpromide, divalproate de sodium, lamotrigine, carbamazépine) dont l'usage se fera avec prudence (diminution de la posologie) ou un antipsychotique atypique ayant des propriétés thymorégulatrices (aripiprazole, olanzapine, quiétapine, rispéridone) tout en veillant à tenir compte de l'augmentation des concentrations sériques chez l'insuffisant rénal et de diminuer la posologie en conséquence (sauf pour l'aripiprazole et la quiétapine).

## 5.2. Autres approches non médicamenteuses

### 5.2.1. La thérapie de soutien

Le parcours de soins du patient insuffisant rénal chronique s'inscrit, nous l'avons vu, dans un continuum où il peut passer d'un statut de malade chronique « non assisté » (sans épuration extra-rénale) à celui de malade « assisté » (dialysé ou transplanté) avec de possibles retours en arrière sur le chemin atteinte rénale/dialyse/transplantation (le greffé rénal devant être dialysé en cas d'échec de la transplantation). Ainsi, ces changements dans la réalité externe du patient peuvent venir perturber sa réalité interne, avec tous les bouleversements psychiques que cela peut entraîner et que nous avons déjà pu évoquer.

Le soutien psychologique occupe donc une place privilégiée auprès de ces patients, ayant pour mission de favoriser leur verbalisation sur leurs craintes et leurs émotions, et d'activer leurs ressources. Il permet également un ajustement progressif des attentes du patient par rapport à la réalité et parfois aussi de faire face à certaines contre-attitudes de l'équipe soignante, par exemple dans le cas d'un effondrement thymique du malade vécu comme de l'ingratitude par les soignants.

### 5.2.2. La thérapie cognitive et comportementale

Dans le domaine de l'insuffisance rénale, la thérapie cognitive et comportementale peut être utilisée pour développer des stratégies d'ajustement comportemental et émotionnel pour faire face au stress qui peut survenir à tout changement de « statut » dans l'évolution de la MRC (annonce de la maladie ou d'une greffe prochaine, etc.).

## IV. CAS CLINIQUE

Lorsque je le rencontre dans le cadre de la psychiatrie de liaison, monsieur X a trente-deux ans et se rend depuis six mois environ (dans les suites d'une transplantectomie rénale) dans l'unité de dialyse du service de néphrologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers pour y faire pratiquer des séances d'épuration extra-rénale à raison de trois fois par semaine. L'équipe soignante de néphrologie s'inquiétait alors de propos qu'aurait tenu monsieur X, évoquant des hallucinations auditives lui conseillant de ne plus se rendre aux séances de dialyse et de ne plus prendre son traitement habituel.

### 1. Quelques repères biographiques

Quatrième enfant d'une fratrie de cinq (deux frères et deux sœurs), dont les parents se sont séparés lorsqu'il avait vingt-trois ans, monsieur X était célibataire et n'avait pas d'enfant au moment où nous nous rencontrons. Il avait un appartement à sa disposition, qu'il ne semblait pas avoir investi, et vivait actuellement chez sa mère non loin de chez lui. Depuis le divorce de ses parents, il ne semblait plus avoir de contact avec son père. Il ne nous en dira pas plus sur son entourage et notamment sur ses frères et sœurs (dont une serait « dépressive ») qu'il n'évoque qu'à quelques moments, les relations intra-familiales semblant compliquées.

Sur le plan scolaire, et malgré une enfance rythmée par des soins néphro-pédiatriques, monsieur X arrive à atteindre un niveau de deuxième année de brevet de technicien supérieur. Il aurait travaillé en intérim, exerçant différents métiers comme par exemple, celui de monteur de frein sur les ascenseurs. Actuellement, il se dit sans ressource, (« *radié de pôle-emploi* ») mais semblerait bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés. Il semble

également avoir été en contact avec un dispositif de réhabilitation psycho-sociale pour travailler un projet de réinsertion professionnelle qui n'a pas abouti.

Les activités de loisirs sont assez pauvres (lecture, télévision, etc.) et les temps libres (en dehors des dialyses) sont essentiellement consacrés à l'étude des religions (musulmane principalement mais également les autres religions monothéistes et polythéistes) dans un but « *philosophique* » dira-t-il. Depuis quatre ans, il aurait également le projet d'aller s'installer au Moyen-Orient pour pouvoir y vivre pleinement sa foi (il y aurait déjà séjourné pendant quelques semaines quatre années auparavant).

Par ailleurs, l'entourage socio-amical est quasiment inexistant, monsieur X semblant s'isoler de plus en plus à domicile et s'enfermer dans ses lectures religieuses.

## 2. Antécédents médico-chirurgicaux

Sur le plan somatique l'histoire de monsieur X est essentiellement marquée par des éléments uro-néphrologiques. Il subit une première transplantation rénale (greffe préemptive) à l'âge de vingt-quatre ans pour une NTIC sur uropathie malformatrice, découverte lorsqu'il avait cinq mois sur une infection urinaire. Les suites de cette greffe seront principalement marquées par deux rejets aigus cellulaires (en post-greffe immédiat puis quatre années plus tard sur probable inobservance thérapeutique) traités par immunosupresseurs (corticothérapie notamment ayant entraîné un diabète cortico-induit) et plusieurs épisodes infectieux dont trois ayant nécessité une hospitalisation (digestif à *Yersinia enterocolitica* l'année suivant la greffe, puis pulmonaire sans germe retrouvé l'année d'après et enfin urinaire à *Escherichia coli* quatre ans après la transplantation). Puis, huit années après la greffe, on accède à la demande (répétée) de monsieur X et il est décidé (nous y reviendrons ultérieurement), d'une transplantectomie après discussion collégiale entre les médecins néphrologues et psychiatres. Les suites opératoires seront simples et

monsieur X bénéficiera dès lors d'une prise en charge en hémodialyse à raison de trois séances par semaine. Par ailleurs, il dit ne pas consommer de tabac, ni d'alcool mais reconnaît une consommation passée de cannabis, dont il serait sevré depuis une dizaine d'années selon lui.

### 3. Antécédents psychiatriques

Sur le plan psychiatrique l'histoire de monsieur X est étroitement liée à celle de sa greffe rénale. En effet, on ne retrouve aucun antécédent psychiatrique personnel (pas d'hospitalisation, ni de suivi ou de tentative de suicide). Il bénéficie néanmoins d'une consultation psychologique lors du bilan pré-greffe et il rencontrera une deuxième fois la psychologue quatre années après sa greffe pour anxiété.

La première rencontre entre monsieur X et le service de psychiatrie du CHU d'Angers a lieu avec l'interne de psychiatrie d'astreinte du service d'accueil des urgences (SAU) du CHU d'Angers. Monsieur X y était alors adressé par son médecin traitant, à la demande de la famille (mère et frère) pour des troubles du comportement à type d'agitation psycho-motrice avec hétéro-agressivité verbale et propos incohérents. La mère de monsieur X, très anxieuse, rapporte des conflits entre eux d'aggravation progressive à propos de la religion musulmane et du projet de son fils d'aller vivre au Moyen-Orient pour « *pouvoir y vivre sa foi sans contrainte* » (monsieur X serait devenu très pratiquant un an auparavant). Lors ce premier entretien, l'interne retrouve un discours effectivement centré sur la religion mais globalement cohérent, non délirant et sans menace de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. Il ne semble pas y avoir non plus d'élément dissociatif franc mais on note tout de même un repli social et un isolement affectif qui peuvent faire évoquer un trouble de la personnalité sous-jacent (de type schizoïde et/ou schizotypique). L'hospitalisation n'est pas souhaitée ni retenue pour monsieur X qui peut rentrer à domicile, accompagné par sa mère

et avec un rendez-vous au centre médico-psychologique (CMP) de son secteur (mais qu'il n'honorera pas).

Dix-huit mois plus tard, à la faveur d'une nouvelle hospitalisation en néphrologie pour IRA sur déshydratation et dans un contexte d'inobservance thérapeutique immunosuppressive, monsieur X, qui évoque un « *mal-être* » auprès du psychologue de l'unité, rencontre l'équipe de psychiatrie de liaison à trois reprises. Le contact est alors décrit comme particulier, marqué par une certaine bizarrerie, un maniérisme et une indifférence. Le discours est teinté d'idées délirantes, difficilement critiquables par le patient (« *je ne suis pas fou quand même* »), à thématique mystique de mécanismes multiples (interprétatif et imaginatif). Il est également constaté la présence d'éléments dissociatifs à type de troubles du cours de la pensée et d'une altération du système logique (rationalisme morbide). Monsieur X rapporte aussi l'existence d'hallucinations intrapsychiques depuis plusieurs années (qu'il qualifie de « *pensées intrusives* »), avec un sentiment de déréalisation (« *je n'étais plus vraiment moi* »). Il n'est pas retrouvé d'élément anxieux, ni dépressif (d'idées suicidaires notamment) ou encore maniaque dans les limites des différents entretiens. La mère de monsieur X apporte un éclairage supplémentaire au tableau clinique déjà décrit. Selon elle, son fils serait devenu progressivement « *bizarre, étrange et solitaire* ». Elle rapporte également de probables épisodes d'errances pathologiques (séjour de quelques semaines au Moyen-Orient, non organisé et sans but précis où il aurait dormi dans la rue) et des « *comportements inadaptés* ». De son côté, elle fait le lien entre la greffe rénale de son fils (six ans auparavant) et le début des troubles psychiques. L'interne conclut alors à « *un trouble psychotique d'évolution chronique* » (faisant penser à posteriori à une schizophrénie ayant débuté sur un mode insidieux). Il est convenu avec le patient d'initier un traitement par antipsychotique atypique (RISPERIDONE 0.50 mg par jour) qu'il accepte et la poursuite des soins est organisée en milieu hospitalisé spécialisé en soins librement consentis.

L'hospitalisation en psychiatrie aura permis l'augmentation progressive de la posologie de la RISPERIDONE (jusqu'à 3 mg par jour) entraînant l'amendement de la symptomatologie hallucinatoire du patient. Néanmoins, le contact restera inchangé avec toujours une bizarrerie et une froideur. Le patient est finalement sortant à domicile après un mois d'hospitalisation qui se sera passé sans incident particulier. Il a été convenu de la mise en place d'un suivi psychiatrique au CMP du secteur dont il dépend et de la poursuite du traitement médicamenteux par RISPERIDONE. Pour cette première hospitalisation en psychiatrie, en dehors d'une « *bizarrerie* » il n'a pas été retenu de diagnostic particulier.

Neuf mois après, monsieur X consulte de nouveau aux urgences du CHU pour des troubles du comportement à type d'accès de colère dans un contexte de rupture thérapeutique (il aurait arrêté son traitement par RISPERIDONE et ne serait rendu qu'une seule fois au CMP). L'interne d'astreinte retrouve l'émoussement affectif et la froideur précédemment décrits mais le tableau clinique global est plutôt axé sur un versant anxiodépressif avec des ruminations anxieuses (à propos de son absence de relation sentimentale et de sexualité) et une tristesse de l'humeur (sans idéation suicidaire). Il est en demande d'aide et accepte d'être de nouveau hospitalisé en psychiatrie.

A son arrivée dans le service de psychiatrie, le contact reste distant, le ton est monocorde et le discours est centré sur la solitude et la présence surprotectrice de sa mère. Il se montre très ambivalent à son égard, puisqu'il lui reproche de ne pas l'avoir laissé prendre son indépendance, et demande néanmoins assez rapidement sa sortie pour retourner chez elle (alors qu'il a son propre logement). L'hospitalisation, qui ne durera que quelques jours, n'aura pas mis en évidence d'épisode dépressif caractérisé ni d'élément délirant dans le discours, monsieur X refusant par ailleurs tout traitement médicamenteux.

Cinq mois plus tard, il revient aux urgences dans un contexte similaire à son précédent passage avec une tristesse de l'humeur associée à des propos morbides autour du greffon :

« *je ne "le" supporte plus, je ne peux plus vivre avec "ça", je veux qu'on me l'enlève pour le donner à quelqu'un d'autre !* ». L'entretien psychiatrique met alors en évidence des idées délirantes à thématique mystique (« *une épreuve que l'on m'impose* », comme s'il devait expier une faute) de mécanisme hallucinatoire cénesthésique auxquelles le patient adhère fortement. Monsieur X présente également un syndrome dissociatif marqué par une altération du cours de la pensée et du système logique, manifestée par un rationalisme morbide : « *c'est "lui" ou moi* » (rejet psychique du greffon avec « *personnification* » de l'organe). Il évoque même la possibilité d'arrêter son traitement immunosupresseur afin d'entraîner un rejet du greffon. Dans ce contexte et compte-tenu d'une adhésion aux soins fragile chez un patient en rupture thérapeutique (monsieur X ne prend plus son traitement antipsychotique depuis la sortie de la dernière hospitalisation), il est décidé (avec l'accord de la famille, inquiète), d'une hospitalisation sous contrainte (soins à la demande d'un tiers) en milieu spécialisé.

Dès le lendemain de son arrivée dans le service de psychiatrie, monsieur X critique son comportement et les propos qu'il a pu tenir la veille aux urgences. Il semble comprendre en quoi son discours a pu inquiéter les soignants. Il se dit rassuré par le bilan néphrologique mais persiste dans l'idée qu'il « *préférerait être dialysé* », sans qu'on puisse objectiver d'élément délirant à ce moment-là. Par ailleurs, il se montre tout à fait coopérant, respectant le cadre de soins, ne manifestant aucun comportement inadapté mais restant à l'écart des autres patients. Dans ce contexte, après quelques jours d'hospitalisation et rencontre avec la famille il est convenu d'une sortie d'hospitalisation avec suivi ambulatoire au décours (CMP) et traitement antipsychotique per os (RISPERIDONE 1 mg par jour).

Il revient néanmoins au SAU cinq mois après, adressé par son néphrologue référent pour des plaintes somatiques liées au greffon (douleur et gêne abdominale). Mais l'examen clinique initial ne retrouve aucun point d'appel organique. Puis, lors de l'entretien sollicité par

le médecin urgentiste avec le médecin psychiatre, il est noté un discours encore plus imperméable que lors des précédentes consultations, très pauvre et exclusivement centré sur le transplant rénal et son retentissement somatique (ressenti) et psychique, justifiant selon lui, sa demande de retrait du greffon. La mère de monsieur X le décrit également déambulant la nuit et soliloquant, avec des propos exclusivement centrés sur le greffon. Cette conviction délirante semble imposer des soins psychiatriques (hospitalisation et médication) que le patient refuse, étant dans le déni de ses troubles (il n'avait pas repris de suivi après la précédente hospitalisation en psychiatrie). Enfin, après concertation avec les médecins néphrologues (ne contre-indiquant pas le transfert en milieu psychiatrique), il est décidé en accord avec la famille d'une nouvelle hospitalisation sous contrainte.

Dès son arrivée dans l'unité d'hospitalisation psychiatrique (comme lors des précédents séjours), le patient s'est apaisé et le contact est plutôt adapté. Il explique percevoir le greffon comme un « *corps étranger* » responsable, selon lui, de tous ses symptômes (asthénie, insomnie, aboulie, syndrome amotivationnel, etc.). Il explique s'être posé beaucoup de questions au moment de la greffe, notamment sur l'identité du donneur, mais n'intègre toujours pas le greffon comme « *faisant partie de (lui)* ». Il a également pu aborder la question de ce statut de « *malade chronique* », expliquant que cette demande qu'il reconnaît être pour le moins singulière, était une façon pour lui de « *rester maître de quelque chose* » dans son parcours de vie. Néanmoins il n'y a pas de propos délirants clairement exprimés. L'épisode sera rapidement résolutif, sans traitement antipsychotique, et monsieur X quittera le service après une semaine d'hospitalisation.

Quatre mois plus tard, devant les difficultés pour monsieur X à tolérer sa greffe et son souhait répété de retrait du greffon, manifesté dans le service de néphrologie par des comportements qui inquiètent le personnel soignant (monsieur X pouvant rester dans les couloirs du service, en dehors de ses rendez-vous de consultation, jusqu'à des heures

tardives), il est demandé par les néphrologues, une nouvelle évaluation psychiatrique. Au moment de cette consultation, monsieur X avoue d'emblée ne plus prendre son traitement immunosupresseur depuis plusieurs semaines, espérant un rejet spontané de la greffe. L'examen psychiatrique d'alors retrouve les éléments cliniques similaires aux précédentes observations, et sémiologiquement en faveur d'une pathologie schizophrénique (syndrome délirant hypochondriaque centré sur le greffon, syndrome dissociatif et symptomatologie négative associée). De manière totalement délirante, monsieur X considère que son « *malheur ne vient que du greffon* » et que la guérison ne sera possible qu'après l'ablation de celui-ci. Dans l'hypothèse où l'on accéderait à sa requête, la question de l'hémodialyse est abordée avec monsieur X, mais la perspective de se soumettre à cette technique contraignante ne semble pas entamer sa détermination. Il lui est de nouveau proposé un traitement antipsychotique par RISPERIDONE qu'il refuse catégoriquement (tout comme une nouvelle hospitalisation en psychiatrie), même s'il peut reconnaître que ce traitement avait entraîné une amélioration symptomatique lorsqu'il l'avait pris. A ce stade, le côté hermétique et la froideur affective avec laquelle le patient exprime ses idées peuvent faire craindre à un passage à l'acte auto-agressif (avec mise en danger par auto-explantation) si effectivement sa demande n'aboutissait pas. Après évaluation de la balance bénéfices/risques et malgré un greffon encore fonctionnel, le psychiatre conclut alors qu'il serait préférable (même si la décision est difficile à prendre) d'accéder à la demande de ce patient. C'est finalement ce que décideront ultérieurement les différents médecins intervenant auprès de monsieur X et après avis favorable du comité d'éthique, il subira une transplantectomie rénale, huit années après sa greffe initiale (le greffon montrant par ailleurs des signes de rejet aigu cellulaire lors de l'examen histo-pathologique post-transplantectomie).

Cette chirurgie, dont les suites opératoires auront été simples, nécessitera une nouvelle hospitalisation de monsieur X en néphrologie pour surveillance post-opératoire et mise en

place des dialyses. Malgré un bon déroulement des séances d'épuration extra-rénale initiales, le patient présentera rapidement un nouvel épisode d'agitation (vraisemblablement anxieuse) et des difficultés de compliance aux soins (il se met en danger en comprimant sa FAV), motivant un avis psychiatrique de l'équipe de liaison. Monsieur X se plaindra de sa FAV, qu'il rend désormais responsable, de façon délirante, de ses douleurs abdominales faisant preuve d'un rationalisme morbide certain. Malgré les mises en danger répétées dont il ne semble pas prendre conscience (anosognosie des troubles psychiques) et le refus des soins psychiatriques une nouvelle hospitalisation sous contrainte en milieu psychiatrique est décidée (après accord familial et fin des soins somatiques).

A son admission dans le service de psychiatrie, monsieur X est calme, il présente un discours adapté et cohérent. Il peut reprendre facilement son histoire de vie et les derniers éléments l'ayant amené à être hospitalisé : il évoque cette hospitalisation comme une crainte des soignants d'un geste auto-agressif et met en lien la compression de sa FAV avec une diminution des douleurs ressenties. Malgré le rapport de ces éléments, les psychiatres rencontrés n'objectivent aucun symptôme délirant ou de syndrome dissociatif. Le patient ne verbalise par ailleurs, aucune idée suicidaire ou de velléité auto-agressive. Il ne s'oppose pas de façon majeure à l'hospitalisation sous contrainte et aux soins mais se montre toujours réfractaire à l'idée de l'instauration d'un traitement médicamenteux. L'hospitalisation va néanmoins permettre un rapide amendement des symptômes décrits initialement. En dehors d'une certaine bizarrerie dans le contact et d'une attitude et de convictions étranges non critiquées, aucun élément dissociatif ou délirant ne sera observé pendant cette période d'une semaine. Dans ce contexte, les psychiatres décident d'une sortie avec retour au domicile et reprise d'un suivi psychiatrique au CMP et psychologique en néphrologie. Aucun traitement psychotrope ne lui sera prescrit et il sera conclu à un diagnostic de trouble de la personnalité de type schizoïde.

## 4. Déroulement des soins

Six mois plus tard, le service d'hémodialyse interpelle de nouveau la psychiatrie de liaison car monsieur X aurait verbalisé avoir des hallucinations auditives lui conseillant de ne plus se rendre aux séances d'épuration extra-rénale et de ne plus prendre son traitement médicamenteux habituel (il ne prend alors plus que du ZOPICLONE pour des troubles du sommeil occasionnels selon lui). C'est dans ce contexte que je rencontre monsieur X qui malgré un contact particulier accepte assez facilement de s'entretenir avec moi. Le patient est calme, conscient et orienté dans le temps et l'espace. Les propos tenus sont adaptés et cohérents en apparence, mais le discours semble finalement assez plaqué (délire contenu ? Ou réticence ?) et pouvant vite devenir flou lorsque l'on revient sur son histoire de vie ou ses antécédents psychiatriques. Il est anosognosique des troubles précédemment décrits par les psychiatres qu'il a pu rencontrer depuis quelques années, minimisant et rationalisant les différents épisodes décrits comme délirants et ayant entraîné plusieurs hospitalisations sous contrainte en secteur psychiatrique. Concernant la symptomatologie hallucinatoire rapportée par l'équipe soignante de néphrologie, il nie tout élément de ce type. Encore une fois, il minimise le fait qu'il ait pu dire vouloir arrêter les soins néphrologiques, se réfugiant derrière une énième provocation à l'encontre de sa mère, avec qui il s'était disputé récemment. Monsieur X rapporte néanmoins quelques fluctuations thymiques qu'il met en lien avec la lourdeur des soins d'hémodialyse, sans idée suicidaire exprimée. Il reste malgré cela réticent à toute forme de prise en charge psychiatrique, ne souhaitant pas être hospitalisé, ni prendre de traitement psychotrope. Il n'y avait pas à ce moment d'argument franc pour initier une nouvelle hospitalisation sous contrainte. Par contre, il ne semblait pas fermé à l'idée que je puisse le rencontrer de nouveau lors d'une prochaine séance d'hémodialyse (sachant tout de même qu'il n'avait pas honoré les rendez-vous médicaux prévus au CMP à sa dernière sortie

d'hospitalisation). Et après ré-explications données sur la nécessité vitale de poursuivre les séances de dialyse, il semblait être conscient du risque à ne pas s'y rendre.

Sept mois après ce dernier contact, le service de néphrologie nous interpelle de nouveau pour monsieur X : le patient, qui vient régulièrement à ses séances de dialyse, mais qui peut parfois y présenter un comportement inadapté (répétitions de prières à haute voix dans l'unité par exemple), semble, aux dires de sa mère, ne plus s'alimenter et s'hydrater correctement depuis plusieurs semaines (perte d'au moins cinq kilogrammes en quelques semaines) et s'isoler de plus en plus, restant quasi-exclusivement dans sa chambre et soliloquant tout au long de la journée. Il nous est également rapporté d'autres mises en danger potentielles au domicile à type d'oublis d'éteindre le four ou les plaques de cuisson. Cette demande de prise en charge émane en fait de la mère de monsieur X et intervient dans un contexte où celle-ci doit s'absenter dans les jours qui viennent, s'inquiétant de devoir le laisser seul au domicile. Lorsque je le rencontre de nouveau, monsieur X (qui dit me reconnaître) est calme et accepte sans poser de question l'entretien psychiatrique (alors qu'il n'en a pas été informé). Le discours est cohérent au premier abord, mais finalement plaqué et redondant : il arrive à monsieur X de répéter les mêmes phrases à différents moments de l'entretien (« *je subis la colère plus que je ne l'ai fait subir* » ; « *je suis en cours de rétablissement* »), qui citées hors contexte, sont à considérer comme des néologismes. Il justifie son jeûne par la religion mais le discours est hermétique, fermé, surtout lorsque l'on évoque avec lui la fin de ce jeûne imposé, depuis plusieurs semaines déjà. Il n'entend pas nos mises en garde sur les potentiels risques pour sa santé physique à poursuivre son jeûne (bilan biologique actuellement perturbé) et répète : « *je jeûne, je me sens bien* ». Il se positionne en expert (« *je connais ma maladie* »), dans une forme de toute puissance et dit savoir ce qui est bon pour lui. A la question de l'isolement social et au fait qu'il n'ait jamais investi son logement, il reconnaît à *minima* qu'il a pu avoir des difficultés pour s'occuper de

lui dans ce contexte de maladie chronique, « *je suis en cours de rétablissement, je m'occuperai de cela plus tard* », où sa mère est très présente, « *l'ayant empêché de s'accomplir* ». Bien que n'ayant aucun contact social en dehors de sa famille, il dit ne pas avoir de difficulté pour communiquer avec les autres. Il tente de donner le change dans cet entretien, mais son discours pseudo-logique est parfois flou et emprunt toujours d'un rationalisme morbide. Il semble également en proie à des difficultés pour nous faire partager son ressenti et ses émotions (émoussement affectif), mais évoquent néanmoins des « *pensées anxiogènes qui s'imposent à (lui)* » (qu'il formule étonnamment ainsi). Devant le trépied clinique retrouvé de dissociation, de délire (non clairement objectivé ce jour mais rapporté par la mère au domicile) et de repli autistique, on peut raisonnablement ré-évoquer le diagnostic de schizophrénie. Dans ce contexte, et compte-tenu des inquiétudes que suscitent monsieur X à ses médecins et à son entourage, nous organisons une nouvelle hospitalisation sous contrainte en milieu psychiatrique spécialisé, à laquelle il ne s'opposera pas mais exprimera d'emblée son incompréhension et sa frustration en rendant sa mère seule responsable de son transfert (avec une légère note de persécution qui apparaît en fin d'entretien).

## V. DISCUSSION

Ce qui a suscité notre intérêt pour ce patient, c'est la singularité de son cas, avec la relation des histoires psychiatriques et néphrologiques conduisant à une détransplantation rénale pour des motifs essentiellement psychiatriques.

Le caractère exceptionnel de ce cas a pu être confirmé par la rareté des publications de situations cliniques similaires (détransplantation d'un greffon rénal) recensées dans la littérature scientifique (et même en élargissant nos recherches à d'autres organes greffés), la particularité de l'insuffisance rénale faisant qu'elle est la seule défaillance d'organe susceptible d'être supplée par une machine (hormis la mise sous dispositif d'assistance circulatoire mécanique en cas d'insuffisance cardiaque dans l'attente d'une greffe cardiaque [56] et en cas de pancréatectomie, avec mise sous insuline et enzymes pancréatiques).

A la lumière de ces premiers éléments, il se dégage déjà plusieurs questions à propos de ce cas de transplantectomie rénale « sur indication psychiatrique » : s'agit-il d'une véritable situation exceptionnelle dans « l'histoire médicale » ? Ou juste rarement publiée ? Et quelles peuvent être les conséquences d'une telle décision sur la relation entre l'équipe de néphrologie et le patient ? Et sur la suite des soins ? Et finalement pouvait-on gérer différemment cette situation ?

Pour essayer de répondre à ces différentes questions nous allons scinder notre propos en deux parties. Dans un premier temps nous allons donc revenir sur les aspects psychiatriques de cette prise en charge depuis la consultation pré-greffe aux derniers évènements recensés, puis dans un second temps nous reviendrons sur certains aspects éthiques et médico-légaux qui ont pu justifier certaines prises de décision. Nous terminerons

par proposer certaines alternatives possibles pour améliorer la prise en charge de potentielles situations similaires.

## 1. Aspects psychiatriques

En reprenant le dossier médical du patient (dont il nous manquait cependant les éléments pédiatriques), nous avons vu qu'il ne présentait aucun antécédent psychiatrique particulier avant son passage au SAU à l'âge de vingt-neuf ans (soit cinq ans après sa greffe), où il avait pu rencontrer le psychiatre d'astreinte.

Lors de la consultation psychologique pré-greffe aucun élément psychopathologique n'a pu être relevé, si ce n'est peut-être une altération de sa capacité de symbolisation (causée souvent par des traumatismes ou des expériences néfastes répétés, un environnement déstructurant ou des vécus d'échecs dévalorisants – lien possible avec son vécu d'enfant malade chronique et une personnalité construite au travers de sa dépendance aux soins et aux soignants ?) mise en évidence par l'épreuve dite « des trois arbres », qui propose à la personne en quête d'autonomie un cheminement vers l'action avec, au-delà de l'identification naturelle à l'arbre dessiné, la mise en scène du discours intérieur sollicitant des mécanismes psychologiques comme l'identification, la projection, l'anticipation, l'imagination.

Entre ces deux consultations (psychologique pré-greffe et psychiatrique aux urgences), nous avons pu noter deux épisodes de rejet aigu sur inobservance du traitement immunosupresseur. Le premier se produisit assez précocement après la greffe, le second de façon plus tardive, quatre années après la transplantation. Initialement, cette non-observance avait été mise sur le compte de difficultés pour notre patient à bien respecter le schéma de prise de ses nouveaux traitements. Le second épisode de rejet semblait moins évident à appréhender pour l'équipe médicale et survenait dans une phase où le patient semblait plus instable sur le plan émotionnel. Des oublis de prises médicamenteuses étaient

alors évoqués par monsieur X et mis sur le compte de troubles mnésiques dont il se plaignait et qu'il imputait (déjà) à l'intervention et aux traitements associés. Un bilan neuro-psychologique avait alors été demandé, ne retrouvant rien de particulier, mettant alors ces oubli sur le compte d'une anxiété sous-jacente difficilement verbalisable par monsieur X à ce moment-là. Néanmoins ce bilan permit l'initiation (certes très épisodique) d'une prise en charge psychologique au sein du service de néphrologie. A noter également qu'au décours de ce deuxième rejet aigu, un switch du tacrolimus pour la ciclosporine avait permis l'amendement d'une symptomatologie hallucinatoire minime ayant pu contribuer à l'inobservance du traitement immunosupresseur mais n'ayant pas nécessité d'avis psychiatrique à ce moment-là (cela avait été proposé à monsieur X, qu'il avait refusé).

Plus globalement, par rapport à ces deux épisodes de rejet et malgré l'imputabilité (incertaine) du tacrolimus sur la non-observance du traitement, ne pouvait-on pas déjà y voir les prémisses du rejet psychique de la greffe et/ou de l'installation de la maladie schizophrénique ? En effet, si on se raccroche aux propos tenus lors d'une hospitalisation ultérieure, monsieur X avait alors expliqué s'être posé beaucoup de questions au moment de la greffe, notamment sur l'identité du donneur, mais n'intégrait toujours pas le greffon comme « *faisant partie de (lui)* ». Il avait également pu aborder son statut de « *malade chronique* », expliquant que cette demande de détransplantation, qu'il reconnaissait à l'époque comme étant pour le moins singulière, était une façon pour lui de « *rester maître de quelque chose* » dans son parcours de vie. Ces propos pourraient venir faire écho, nous en avons déjà parlé, au côté socialement et moralement « imposé » d'accepter la greffe rénale (ou plutôt de la difficulté à la refuser, que d'autres patients ont également évoqué dans la littérature [57]).

Dans la suite du déroulement des soins, monsieur X sera hospitalisé en psychiatrie à six reprises sur trois années (dont les quatre dernières fois sous contrainte), avec des prises en

charge de plus en plus rapprochées, venant marquer la dégradation progressive du patient et ce, malgré la transplantectomie, qui était censée être la cause de « *tous ses maux* » (le délire se déplaçant par la suite sur la FAV).

Finalement si l'on reprend le déroulé des évènements, avec l'âge de début des troubles (une vingtaine d'années), une altération cognitive (troubles mnésiques) précédant l'apparition des symptômes, la symptomatologie présentée (hallucinations cénesthésiques, émoussement des affects, pauvreté du discours, apragmatisme, retrait social, rationalisme morbide, sourires discordants, altération des fonctions exécutives et anosognosie globale des troubles) avec l'amendement (temporaire) de celle-ci sous antipsychotique atypique et une durée d'évolution supérieure à plus de six mois ayant des répercussions fonctionnelles au plan social et professionnel, on peut aisément conclure à un diagnostic de schizophrénie (hébéphrénique ?) à début insidieux avec une évolution discrète sur plusieurs années (forme où prédomine le retrait social et où l'intérêt du sujet peut se porter de façon exclusive sur le mysticisme ou l'ésotérisme – religion ici) et avec probablement, une personnalité pré-morbide au délire (schizoïdie et/ou schizotypie qui peuvent présenter lors de certains évènements de vie, une symptomatologie psychotique brève et transitoire et évoluent parfois, en faible proportion, vers une schizophrénie ou un autre trouble psychotique) [58].

D'où les difficultés initiales à conclure pour certains praticiens à une schizophrénie pour monsieur X plutôt qu'à un trouble de la personnalité. En effet le patient arrivait à critiquer son discours, à se montrer rassurant et compliant à posteriori, confirmant le caractère transitoire initial du délire (qu'il aura ensuite de plus en plus de mal à contenir). La greffe de rein, évènement émotionnellement intense, peut-être identifiée ici comme l'élément précipitant la décompensation de cette personnalité pathologique en véritable schizophrénie (modèle de vulnérabilité au stress de la schizophrénie).

## 2. Aspects médico-légaux

Comme dans tout parcours d'inscription sur la liste de greffe, monsieur X a bénéficié d'une consultation psychologique qui n'a pas pu déceler de pathologique particulière, les troubles tels qu'ils ont été décrits ultérieurement n'étant alors pas perceptibles. Si rien ne pouvait permettre de prédire une pathologie schizophrénique, se pose la question de savoir si la décision de détransplanter notre patient de son greffon rénal était justifiée.

Par son attitude de défiance envers les soignants (par la non-adhésion aux soins et le refus des traitements), monsieur X s'est mis en danger et a suscité l'interrogation et l'inquiétude des soignants à son égard, partagés entre l'idée de non-assistance à personne en danger et le respect du libre-arbitre. Jusqu'où fallait-il aller pour pousser monsieur X à se soigner, si tel ne semblait pas être son souhait ?

Effectivement, et peut-être était-ce la demande tacite des néphrologues lorsqu'ils sollicitent de nouveau les psychiatres pour réévaluer monsieur X à propos de ses demandes répétées de transplantectomie, ne pouvait-on pas (avant d'accéder favorablement à la demande de celui-ci), convenir d'une hospitalisation sous contrainte pour permettre une prise en charge plus efficiente (avec pharmacothérapie, psychothérapie et réhabilitation psycho-sociale) ?

Or, d'après les « Recommandations de bonne pratique en psychiatrie » de juin 2015 [59], concernant le refus des soins et des traitements somatiques, « *ce mode d'hospitalisation (sous contrainte) permet de passer outre le refus de soins psychiatriques, il ne permet pas - hors les cas d'urgence - de contraindre à des soins somatiques* », répondant ainsi par la négative à l'interrogation précédemment évoquée.

Ces recommandations, qui s'appuient sur la loi du 4 mars 2002, évoquent l'obligation pour le médecin de fournir une information légale et de recueillir le consentement du malade pour lui prodiguer des soins somatiques, sachant que pour le législateur, « *les patients*

*atteints de pathologie mentale ne font pas exception à la règle, en dépit de leur vulnérabilité particulière » et même s'ils « se distinguent par une méconnaissance de leurs affections organiques et par une moins bonne adhésion aux traitements qui peut aller jusqu'au refus de soins » [59].*

Ce refus de soins peut intervenir dans des contextes psychopathologiques très variés (de nombreuses pathologies pouvant venir altérer la compréhension), c'est pourquoi il est important que le sujet dispose de « *bonnes capacités pour que son consentement puisse être considéré comme libre et éclairé* » (capacités dont monsieur X semblait disposer au moment de l'évaluation pré-transplantation), qu'il n'y ait pas non plus de « *déni* (des troubles organiques) *dans le cas d'une situation aiguë* » (monsieur X avait bien conscience de ses problèmes rénaux - présents depuis son enfance - disant avoir compris et accepter la nécessité d'une dialyse en cas de transplantation) et enfin « *il importe d'accorder un temps suffisant au processus de décision* » (les premières évocations de détransplantation par monsieur X dataient d'environ un an avant que ne soit décidée l'intervention par les médecins) [59].

Et de préciser que sur le plan déontologique, « *la loi du 4 mars 2002 n'apporte aucune indication sur l'attitude à adopter en cas de refus persistant [cas de monsieur X], le principal guide demeure la jurisprudence. Cette jurisprudence confirme la possibilité pour le médecin de passer outre la nécessité de consentement aux soins, pour peu qu'il puisse attester d'une situation extrême mettant en jeu le pronostic vital* » [59]. Dans le cas de monsieur X, la jurisprudence n'a pu s'appliquer compte-tenu du caractère plus ou moins inédit (mais pas extrême) de la situation. En effet, dans la littérature on ne retrouve qu'un seul cas de transplantation rénale (mais seulement vingt-six jours après la greffe) chez un patient dont la dépendance à l'alcool avait été négligée et avait rapidement entraîné des problèmes de compliance, sans autres éléments psychopathologiques associés [57]. Pour monsieur X, le

pronostic vital pouvait être mis en jeu à plus ou moins long terme (s'il arrêtait ses traitements immunosuppresseurs) voire à court terme en cas de passage à l'acte auto-agressif (« auto-transplantectomie », jamais évoquée verbalement par le patient mais crainte du fait d'un émoussement affectif, d'une certaine froideur et de l'expression d'une gêne physique ressentie de manière délirante), l'hospitalisation en psychiatrie ne permettant même pas de garantir une mise à l'abri totale d'un passage à l'acte auto-agressif.

De ce point de vue, on peut considérer que le cas de monsieur X fait partie de ces « *situations-limites* » comme les appellent certains auteurs, où finalement aucune des solutions envisagées ne peut être considérée comme absolue (chacune étant critiquable) et où un questionnement de type éthique émerge [60].

Dans tous les cas, il conviendra d'essayer de « *maintenir coûte que coûte la relation thérapeutique, même en l'absence d'adhésion aux soins* » pour essayer de faire évoluer la position du sujet en s'appuyant sur l'entourage (qui peut jouer le rôle d'allié) et favoriser l'alliance thérapeutique [59]. Dans le cas présent, les relations familiales se limitaient à la mère de monsieur X, mais vécues par lui de manière persécutive.

### **3. Propositions pour améliorer la prise en charge**

Cette situation est finalement exceptionnelle d'un point de vue statistique : co-occurrence de deux pathologies intercurrentes de faible prévalence (environ 35 000 patients greffés rénaux en France avec un âge moyen au moment de la transplantation se situant autour des soixante-deux ans et une prévalence de la schizophrénie d'environ 0.6 à 0.8% avec un âge de début située entre 15 et 25 ans).

On peut donc parler d'une situation rare (du fait de la proportion restreinte de jeunes patients malades rénaux chroniques déclarant une maladie schizophrénique concomitante), mais pas inédite : on rapporte également le cas d'un patient diagnostiqué schizophrène à

l'âge de 37 ans, dialysé à partir de 40 ans, puis greffé à 41 ans ayant demandé l'ablation de son rein après une année pour retourner en dialyse où les soignants étaient devenus son seul support social [61]. Mais la détransplantation d'un greffon bien toléré et encore fonctionnel doit rester aussi exceptionnelle que possible. Comment faire alors pour améliorer ce type de prise en charge et éviter d'en arriver à une extrémité presque « tabou » de transplantectomiser un organe fonctionnel, qui dans le cas présent aurait finalement abouti à un rejet par absence de prise d'immunosupresseurs ? Et en considérant qu'une demande d'ablation d'un organe transplanté est bien différente d'une demande d'ablation d'un organe natif, qui pourrait être considérée elle, comme pathologique (cas d'une patiente souffrant du syndrome de Munchausen dont la pathomimie aboutira à la néphrectomie d'un rein « sain » [62]).

Se pose peut-être la question du « statut » de la consultation psychologique et/ou psychiatrique pré-greffe. Actuellement elle n'aurait valeur que d'*« avis »* selon les recommandations de bonnes pratiques, donc non obligatoire, même si réalisée la plupart du temps (et parfois alors que le patient est déjà inscrit sur la liste d'attente des greffes). De fait, lui attribuer un caractère plus « obligatoire », par exemple au travers d'un statut d'*« expertise »*, serait-il une solution ? Ne risque-t-elle pas de devenir alors un « bon pour la greffe » ? En sélectionnant des malades « plus » éligibles à la greffe que d'autres ? Et en bafouant peut-être certains principes éthiques comme l'équité... L'expert engageant même sa responsabilité en cas de complications.

Dans tous les cas, une évaluation quelle qu'elle soit, ne saurait empêcher l'apparition d'une symptomatologie psychiatrique ultérieure : par son caractère instantané et éphémère (elle s'effectue dans une temporalité donnée), elle ne saurait présager du caractère négatif de certains futurs évènements de vie. Ce travail psychiatrique ne permet en effet pas de prédire l'adaptation psychologique (imprévisible) à des techniques médicales [9].

Peut-être l'évaluation doit-elle alors s'inscrire dans un protocole de plusieurs consultations ? Et l'accompagnement de ces patients se faire systématiquement par l'équipe de psychiatrie de liaison ? Ces patients nécessitent en effet, des besoins particuliers de par les mécanismes psychologiques d'acceptation de la transplantation, à différents temps du parcours de greffe : lors du bilan pré-greffe, mais aussi ultérieurement, a fortiori pour les patients souffrant de troubles mentaux. Peut-être faut-il alors nommer un psychiatre référent intéressé par la question et qui se spécialiserait dans la consultation pré-greffe et l'accompagnement de ces patients ?

Au regard de cette situation, il est cependant regrettable que le suivi de ce patient n'ait pu se mettre en place après ses premiers séjours en hôpital psychiatrique, la question du diagnostic restant alors en suspens et retardant la prise en charge et/ou l'accompagnement qui aurait pu favoriser l'alliance thérapeutique et peut-être, une meilleure acceptation du greffon.

Néanmoins, le cas de ce patient peut nous enseigner, qu'il ne faut pas avoir de réticence à poser une indication de greffe rénale pour les patients fragiles sur le plan psychique voire psychiatriques, mais qu'ils nécessitent des besoins particuliers. Il s'agira de les rencontrer au préalable pour un bilan initial, afin de connaître leurs faiblesses, leurs ressources, leur histoire personnelle, puis ultérieurement de façon très systématique afin de les accompagner au mieux et de détecter de nouvelles difficultés pouvant survenir.

Plus généralement, il semble important que l'ensemble des équipes de psychiatrie (de liaison, intra- et extra-hospitalière) puissent proposer systématiquement, dans l'évolution de la MRC, un suivi psychiatrique tout au long du parcours de soins, et le plus en amont possible, en allant au-delà de la demande initiale.

## CONCLUSION

Nous l'avons vu, la transplantation rénale est un long processus (depuis l'annonce de la MRC, en passant par l'inscription sur la liste d'attente, jusqu'à la greffe et après) qui met les patients insuffisants rénaux chroniques à l'épreuve sur le plan psychologique. Chez le sujet mentalement sain, cet évènement de vie majeur entraîne des réactions psychiques plus ou moins adaptées qui peuvent se compliquer parfois de véritables troubles psychiatriques. Chez le sujet présentant des antécédents psychiatriques, souvent considéré à priori par les soignants comme instable, fragile, ne comprenant pas toujours les enjeux du traitement voire posant des problèmes, la continuité des soins peut s'en trouver mise à mal. C'est ce que nous avons pu observer chez monsieur X (bien que n'ayant pas de réel antécédent psychiatrique avant sa greffe rénale), avec *in fine* la transplantectomie d'un greffon encore fonctionnel, après évaluation psychiatrique et décision des néphrologues (sur avis favorable du comité d'éthique). Cette intervention, par son caractère exceptionnel (mais venant s'appuyer sur des arguments cliniques et médico-légaux), vient renforcer l'idée que cette situation (probable personnalité pré-morbide évoluant vers une schizophrénie concomitante à la greffe rénale) l'était tout autant.

Cette « situation-limite », comme nous l'avions qualifiée précédemment, a généré un questionnement éthique de la part des médecins qui en avaient la charge. Mais adopter une position éthique en tant que médecin, peut être parfois inconfortable, car il faut être capable de se remettre en question dans l'idée de toujours améliorer la relation de soin avec le patient. Il semble que dans ces « *situations-limites* », permettre un questionnement et un partage des points de vue des différents intervenants, afin qu'une réflexion puisse avoir lieu, paraît essentiel. En ce sens, on peut dire que la prise en charge de monsieur X, bien qu'ayant

soulevé certaines réticences, semble s'inscrire dans ce processus de remise en question et de prise de recul nécessaire dans l'intérêt du patient (en autres points « positifs », on pourra d'ailleurs noter par la suite, la bonne adhésion globale de monsieur X à la dialyse, lui permettant peut-être un meilleur lien social que lorsqu'il était greffé).

Même si nous avons évoqué la possibilité que le bilan pré-greffe évolue vers un statut d'expertise ou qu'il soit peut-être mieux codifié (réalisé en plusieurs temps par un psychiatre intéressé et spécialisé sur la question des greffes d'organe), il ne semble pas évident que la situation de notre patient se serait terminée différemment. En effet par son caractère insidieux, l'évolution de la symptomatologie de monsieur X n'avait pas permis de conclure à un diagnostic consensuel, faisant retarder probablement une prise en charge qui aurait peut-être permis une meilleure alliance thérapeutique avec le patient.

C'est peut-être ce que nous devons essayer de retenir de cette situation : une prise en charge systématique et mieux codifiée de ces patients, pour essayer d'anticiper au maximum l'adaptation à cet évènement de vie majeur qu'est la greffe rénale, tout en sachant que le risque de voir se renouveler une telle situation existe. Et qu'il conviendra alors de considérer la transplantectomie rénale d'un greffon sain comme une alternative « acceptable », dans l'intérêt du patient, et non plus comme un échec.

## BIBLIOGRAPHIE

[1] Collège Universitaire des Enseignants de Néphrologie. Néphrologie, 5<sup>ème</sup> édition. Paris, Ellipses, 2012, 360 pages.

[2] Haute Autorité de Santé. Transplantation rénale : accès à la liste d'attente nationale. Méthode et recommandations pour la pratique clinique. Octobre 2015 [en ligne]. <http://www.has-sante.fr/>

[3] Coppolino G, Criseo M, Nostro L, Flocarri F, Aloisi C, Romeo A, Frisina N, Buemi M. Management of patients after renal graft loss : an open question for nephrologists. *Renal Failure*, 2006, 28 : 203-210.

[4] Langone AJ, Chuang P. The management of the failed renal allograft : an enigma with potential consequences. *Seminars in Dialysis*, 2005, 18 : 185-187.

[5] Bonilla AJA, Alfaro AG, Henandez JPC, Rubio JHG, Gomez EG, Valiente JC, Garcia JMR, Lopez JM, Tapia MJR. Review of a Transplantectomy Series. *Transplantation Proceedings*, 2015, 47 : 81-83.

[6] Lechevallier E. Transplantectomies rénales : Etude multicentrique du Comité de Transplantation de l'Association Française d'Urologie. *Progrès en Urologie*, 1995, 5 : 204-210.

[7] Del Bello A, Rostaing L, Congy-Jolivet N, Sallusto F, Gamé X, Kamar N. Place de la transplantectomie après échec de greffe rénale. *Néphrologie & Thérapeutique*, 2013, 9 : 189-194.

[8] Agence de la biomédecine. Le rapport médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine 2014 [en ligne]. <http://www.agence-biomdecine.fr/>

[9] Guillibert E, Granger B. La notion de seuil de psychiatrisation en hémodialyse et en transplantation rénale. *Annales Médico Psychologiques*, 1990, 148 : 82-84.

[10] Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris, Presses Universitaires de France, 1966, 224 pages.

[11] Millat B. Mesure de la qualité de vie comme critère de jugement en chirurgie générale et digestive. In : *Recherche clinique et qualité de vie*. Paris, Médecine/Sciences Flammarion, 1996 : 121-128.

[12] Baguelin-Pinaud A, Moinier D, Foulard G, Leroy F, Etienne I, Godin M, Thibaut F. Transplantation rénale, troubles anxiodépressifs et qualité de vie. *L'Encéphale*, 2009, 35 : 429-435.

[13] Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, Spielman LA, Peterson RA, Kimmel PL. Anxiety disorders in adult treated by hemodialysis : a single-center study. *American Journal of Kidney Diseases*, 2008, 52 : 128-136.

[14] Nasr M, Hadj Ammar M, Khammouma S, Ben Dhia N, Ghachem A. L'hémodialyse et son impact sur la qualité de vie. *Néphrologie & Thérapeutique*, 2008, 4 : 21-27.

[15] Sanchez-Cardenas M, Besançon G. Troubles psychiques au cours de l'hémodialyse chronique et de la transplantation rénale. *EMC Psychiatrie*, 1989, 37-670-A-60 : 1-6.

[16] Parry-Pousse P, Goron Parry P. Les troubles psychopathologiques dans le cadre d'une greffe d'organe sont-ils une étape obligatoire ? *Psychologie Médicale*, 1994, 26 : 124-127.

[17] Duverger P, Togora A, Chocard AS, Tourbez G, Ninus A, Malka J. Transplantation rénale chez l'enfant et l'adolescent et pédopsychiatrie de liaison. *Annales Médico Psychologiques*, 2005, 163 : 707-711.

[18] Riuañuelo H, Cupa D, Pirlot G, Gourdon ML, Causeret C. Psychopathologie du patient âgé en insuffisance rénale terminale. *Annales Médico Psychologiques*, 2011, 169 : 297-301.

[19] Collomb M, Sens F, Sanchez S, Jolivot A, Pivot C, Juillard L, Paillet C. Prise de benzodiazépines au long cours chez les patients dialysés : une étude descriptive. *Néphrologie & Thérapeutique*, 2015, 11 : 226-233.

[20] Will T, Sandan P, Droulez MG, Soulignac R, Martin PY. Relation et dépendance dans un service de dialyse. *Néphrologie & Thérapeutique*, 2008, 4 : 320-324.

[21] Lechertier F. Problèmes psychologiques et psychiatriques des insuffisants rénaux chroniques en hémodialyse. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université d'Angers, Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie d'Angers, 1977, 162 pages.

[22] Leroy F, Caron R, Beaune D. Objectivation du corps en médecine et incidences subjectives. *Annales Médico Psychologiques*, 2007, 165 : 465-471.

[23] Consoli SM. Troubles psychiatriques des insuffisants rénaux chroniques. *La Revue Du Praticien*, 1990, 40 : 640-643.

[24] Kübler-Ross E. *On Death and Dying : what the dying have to teach doctors, nurses, clergy, and their own families*. New York, Tavistock, 1969, 260 pages.

[25] Idier L, Trolonge S, Faure M, Untas A, Chauveau P. Troubles du comportement alimentaire en dialyse auprès des patients en auto-dialyse. *Néphrologie & Thérapeutique*, 2012, 8 : 296-337 (305).

[26] Demas A, Godin M, Hannequin D, Nicolas G. Des calcifications cérébrales révélant un trouble du métabolisme phosphocalcique génétique rare. *Pratique neurologique*, 2014, 5 : 249-251.

[27] Brown TM. Neuropsychiatric consequences of renal failure. *Psychosomatics*, 1995, 36 : 244-253.

[28] Haba-Rubio J, Seigneux S, Heinzer R. Troubles du sommeil et maladie rénale chronique. *Néphrologie & Thérapeutique*, 2012, 8 : 74-80.

[29] Consoli SM, Baudin ML. Vivre avec l'organe d'un autre : fiction, fantasmes et réalités. *Psychologie Médicale*, 1994, 26 : 102-110.

[30] Consoli SM, Danion-Grilliat A. Troubles de l'identité et transplantations d'organe. *Confrontations Psychiatriques*, 1998, 39 : 327-358.

[31] Triffaux JM, Maurette JL, Dozot JP, Bertrand J. Troubles psychiques liés aux greffes d'organes. EMC Psychiatrie, 2002, 37-670-A-60 : 10 p.

[32] Burner M. La greffe d'organe : fantasmes du receveur, fantasmes du donneur. Psychologie médicale, 1994, 26 : 122-123.

[33] Zdanowicz N, Janne P, Reynaert C. Complications psychiatriques des greffes d'organes. Annales Médico Psychologiques, 1996, 54 : 232-237.

[34] Lelong S. La Rein-Carnation. Psychologie Médicale, 1994, 26 : 291-294.

[35] Aussenac C. Réflexions cliniques sur les implications psychologiques de la transplantation rénale. Psychologie Médicale, 1994, 26 : 130-134.

[36] Brochier T, Chanard J, Pascalis JG. Problèmes psychologiques et psychiatriques des transplantations rénales. Annales Médico Psychologiques, 1990, 148 : 85-88.

[37] Bianchi-Decaix I, Bizard E, Thomas P, Vaiva G, Pruvost FR, Declerck N, Goudemand M. Psychiatrie de liaison dans une unité de greffe hépatique. Psychologie Médicale, 1994, 26 : 283-285.

[38] Antonelli P, Pucheu S. Le sexe d'un rein. Psychologie Médicale, 1994, 26 : 138-140.

[39] Bourgeois M, Peyre F, Verdoux H Paulhan L. Greffes de rein et de foie. Aspects médico-psychologiques. Annales Médico Psychologiques, 1990, 148 : 89-96.

[40] Boisriveau C. Les problèmes psychologiques des donneurs vivants dans la transplantation rénale. Psychologie Médicale, 1994, 26 : 159-161.

[41] Chocard AS, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré JB. Psychiatrie de liaison, quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ? Annales Médico Psychologiques, 2005, 163 : 691-696.

[42] Consoli SM. Psychiatrie à l'hôpital général. EMC Psychiatrie, 1998, 37-958-A-10 : 11 p.

[43] Zumbrunnen R. Psychiatrie de liaison. Paris, Masson, « Collection Médecine et Psychothérapie », 1992.

[44] Gourevitch R, Blanchet B, El-Kissi Y, Baup N, Deguillaume AM, Gury C, Galinowski A. Effets secondaires psychiatriques des médicaments non psychotropes. *EMC Psychiatrie*, 2005, 2 : 340-365.

[45] Pierre B. Vécu psychologique des greffés rénaux. Une enquête portant sur trente-quatre greffés. *Annales de Psychiatrie*, 1992, 7 : 31-36.

[46] Dubreuil S, Hamdoun S, Garré JB, Lhuillier JP, Pasquier C, Jolivet A. Vie relationnelle et transplantation rénale. *Psychologie Médicale*, 1994, 26 : 280-282.

[47] Consoli SM, Bedrossian J. Remaniements psychiques secondaires à une transplantation rénale. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1977, 21 : 299-307.

[48] Kofman T, El Rharib S, Kamar N, Malvezzi P, Matignon M, Lang P, Grimbert P. Transplantation rénale et antécédent de maladie psychiatrique. *Néphrologie & Thérapeutique*, 2014, 10 : 379-390 (383).

[49] Corruble E. L'évaluation psychiatrique du futur greffé. *Annales Médico Psychologiques*, 2010, 168 : 216-219.

[50] Leon E, Baudin ML, Consoli SM. Aspects psychiatriques des greffes d'organes. *EMC Psychiatrie*, 1990, 37-670-A-65 : 1-6.

[51] Therme JF, Léger JM. « Des fonctions » de l'organe : à propos d'une greffe rénale. *Psychologie Médicale*, 1994, 26 : 180-181.

[52] Bayle O, Pucheu S. Transplantation rénale et délire de persécution : stratégies de soins et compromis thérapeutiques. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 1997, 12 : 52-54.

[53] Corruble E, Buhl C, Esposito D, Schuster JP, Chouinard VA, Hardy P, Chouinard G. Psychosis associated with elevated tacrolimus blood concentrations after combined kidney-pancreas transplantation. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2006, 9 : 493-494.

[54] Millet B, Vanelle JM, Benyaya J. Prescrire les psychotropes, 2<sup>ème</sup> édition. Paris, Elsevier Masson, 2014, 496 pages.

[55] Félix P, Stoermann-Chopard C, Martin PY. Lithium et atteintes rénales chroniques : un sujet toujours d'actualité. *Revue Médicale Suisse*, 2010, 6 : 448-452.

[56] Clerget A. Prise en charge en psychiatrie de liaison des patients placés sous assistance circulatoire au long cours. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université du Droit et de la Santé - Lille 2, Faculté de Médecine Henri Warembourg, 2013, 108 pages.

[57] Sills LM, Popkin MK, Najarian JS. Elective removal of a transplanted organ. *Psychosomatics*, 1992, 33 : 461-465.

[58] Collège National des Universitaires en Psychiatrie - Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. Référentiel de Psychiatrie. Tours, Presses Universitaires François Rabelais, 2014, 588 pages.

[59] Fédération Française de Psychiatrie - Conseil National Professionnel de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Juin 2015 [en ligne]. <http://www.psydoc-france.fr/>

[60] Pucheu S. « Des malades que l'on récuse... ». Situations-limites en dialyse : le point de vue du psychologue. *Néphrologie & Thérapeutique*, 2008, 4 : 128-130.

[61] Krahn LE, Santoscoy G, Van Loon JA. A schizophrenic patient's attempt to resume dialysis following renal transplantation. *Psychosomatics*, 1998, 39 : 470-473.

[62] Schmidt F, Strutz F, Quellhorst E, Müller GA. Nephrectomy and solitary kidney biopsy in a patient with Munchausen's syndrome. *Nephrology Dialysis Transplant*, 1996, 11 : 890-892.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>I. LA TRANSPLANTATION RENALE .....</b>	<b>4</b>
1.    Rappels historiques et épidémiologiques .....	4
2.    Maladie et insuffisance rénale chronique .....	4
3.    Indications .....	5
4.    Parcours d'accès à la liste d'attente de greffe rénale.....	6
5.    Complications et pronostic.....	7
5.1.    Complications.....	7
5.2.    Pronostic .....	8
<b>II. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES.....</b>	<b>9</b>
1.    L'insuffisance rénale chronique.....	10
1.1.    Rappel .....	10
1.2.    Réactions psychiques .....	10
1.3.    Complications psychiatriques .....	12
2.    La dialyse .....	13
2.1.    L'hémodialyse .....	13
2.1.1.    Rappel .....	13
2.1.2.    Réactions psychiques et complications psychiatriques .....	13
2.2.    La dialyse péritonéale .....	15
2.2.1.    Rappel .....	15
2.2.2.    Réactions psychiques et complications psychiatriques .....	15
2.3.    Conséquences neuro-psychiatriques de l'insuffisance rénale chronique .....	15
3.    La transplantation rénale .....	17
3.1.    Réactions psychiques .....	17
3.2.    Complications psychiatriques .....	20
3.2.1.    Troubles anxioc-dépressifs.....	20
3.2.2.    Troubles sexuels .....	20
3.2.3.    Non-observance des traitements .....	20
3.2.4.    Confusion mentale .....	21
3.2.5.    Troubles psychotiques aigus .....	21
3.2.6.    Décompensation d'affections psychiatriques antérieures .....	21
3.3.    Spécificité de la greffe rénale : le donneur vivant .....	21
<b>III. RÔLE DU PSYCHIATRE DE LIAISON .....</b>	<b>23</b>
1.    Rappels généraux .....	23
2.    Spécificités de la psychiatrie de liaison en néphrologie .....	23
3.    Bilan pré-greffe.....	25
4.    Accompagnement post-greffe .....	26
5.    Aspects thérapeutiques.....	27
5.1.    Les psychotropes chez l'insuffisant rénal .....	27
5.1.1.    Les antidépresseurs chez l'insuffisant rénal.....	28
5.1.2.    Les antipsychotiques chez l'insuffisant rénal .....	28

5.1.3. Les anxiolytiques chez l'insuffisant rénal .....	28
5.1.4. Les hypnotiques chez l'insuffisant rénal .....	29
5.1.5. Les thymorégulateurs chez l'insuffisant rénal .....	29
5.2. Autres approches non médicamenteuses .....	30
5.2.1. La thérapie de soutien .....	30
5.2.2. La thérapie cognitive et comportementale .....	30
<b>IV. CAS CLINIQUE .....</b>	<b>31</b>
1. <b>Quelques repères biographiques .....</b>	<b>31</b>
2. <b>Antécédents médico-chirurgicaux .....</b>	<b>32</b>
3. <b>Antécédents psychiatriques .....</b>	<b>33</b>
4. <b>Déroulement des soins.....</b>	<b>40</b>
<b>V. DISCUSSION .....</b>	<b>43</b>
1. <b>Aspects psychiatriques .....</b>	<b>44</b>
2. <b>Aspects médico-légaux .....</b>	<b>47</b>
3. <b>Propositions pour améliorer la prise en charge .....</b>	<b>49</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>52</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>54</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>60</b>



## ALLET Guillaume

**Transplantation rénale et troubles psychiatriques : à propos d'un cas de transplantectomie rénale rencontrée en psychiatrie de liaison**

La transplantectomie rénale fait partie des alternatives thérapeutiques lorsqu'une greffe rénale est en échec (que ce soit de façon précoce, lors de complications chirurgicales ou en cas de rejet plus ou moins tardif). Nous rapportons ici le cas d'un patient transplantectomisé après avis psychiatrique, huit années après sa transplantation rénale, pour lequel nous n'avons pas retrouvé d'équivalent dans la littérature scientifique. Au travers de cette situation inédite, nous abordons les troubles psychiatriques rencontrés chez les insuffisants rénaux et plus particulièrement chez les greffés rénaux. Nous analysons l'évolution de notre patient depuis sa greffe rénale jusqu'à sa dernière hospitalisation en psychiatrie, mettant en évidence l'apparition d'une maladie schizophrénique (sur probable personnalité pré-morbide) concomitante à la greffe rénale et aboutissant *in fine* à la transplantectomie. Ce cas est original car le développement de sa pathologie mentale s'est fait en parallèle de la greffe et que rien ne semblait pouvoir présager d'une telle évolution au moment du bilan psychologique pré-greffe. Notre discussion porte sur les aspects psychiatriques, médico-légaux et éthiques qu'implique une telle situation chez un sujet souffrant de troubles psychiatriques et qui ont guidé la prise en charge. Enfin nous proposons quelques pistes de réflexion pour la prise en charge de situations similaires qui pourraient se présenter à l'avenir.

**Mots-clés : transplantation rénale, troubles psychiatriques, transplantectomie rénale, psychiatrie de liaison, schizophrénie**

**Kidney transplant and psychiatric disorders : a case report of a renal transplantectomy met in consultation-liaison psychiatry**

Kidney transplantectomy is part of therapeutic alternatives when a kidney transplant is failing (when there are surgical complications or if there is rejection more or less late). We report the case of a patient who had graft transplantectomy after psychiatric evaluation, eight years after his kidney transplant, for which we have not found an equivalent in the scientific literature. Through this « new » situation, we talk about psychiatric disorders encountered in chronic renal failure and renal graft. We analyze the evolution of our patient since his kidney transplant to his last psychiatric hospitalisation highlighting the occurrence of schizophrenia (with likely premorbid personality) concomitant renal transplant and leading in the end to transplantectomy. This case is original because of the development of his mental pathology was done along with his renal graft and nothing seemed able to predict such a development at pre-transplant psychological evaluation. Our discussion focused on the psychiatric, forensic and ethical aspects about such a situation in patient suffering from psychiatric disorders and that have guided the management. Finally, we suggest some ideas for the treatment of similar situations that may arise in the future.

**Keywords : kidney transplant, psychiatric disorders, kidney transplantectomy, consultation-liaison psychiatry, schizophrenia**