

Université Abderrahmane Mira-BEJIA
Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de fin cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master

Option : psychologie clinique

Thème

***L'anxiété chez les personnes atteintes
d'une insuffisance cardiaque***

Étude de six cas réalisée au CHU Mustapha-d'Alger

Réalisé par :

Allout Nabila

Yahiaoui Hayat

Encadré par :

M^{me} Mekhoukh Halima

Année universitaire

2016/2017

Remerciements

Nous remercions Dieu, le tout puissant qui nous a procuré courage volonté pour achever se travail.

Nous tenons à remercier notre promotrice M^m Mekhoukh Halima d'avoir accepté de nous encadrer et pour ses précieux conseils qui nous ont permis de réaliser notre travail.

Nos remerciements vont aussi aux membres du jury qui ont accepté d'examiner et de juger notre modeste travail.

Nous tenons à remercier aussi les adultes atteints de l'insuffisance cardiaque qui sont hospitalisé à l'hôpital de Mostapha Bacha pour leur collaboration.

Hayat & Nabila

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

Mes très chers parents qui m'ont soutenu durant toutes mes années d'études.

Spécialement à ma mère, grâce à elle que j'ai réussi et atteindre ce niveau, que le bon dieu la garde et la protège du mal ainsi de la récompenser.

Amon cher et unique frère Yacine que dieu le guide toujours dans le droit chemin et fleurisse sa vie.

Amon cher mari Abdou qui m'a soutenu durant ma recherche, ce travail a aussi été réalisé grâce à toi, au temps que tu as bien voulu m'accorder, par amour pour moi et par respect vis-à-vis de mon objectif.

Ames amis Nabila, Hayet, warda, salim, abbas, coco et baygoch

Ames cousines jiji, kaho, sara, samera.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce travail soit possible

Merci d'être toujours là pour moi.

Nabila

Dédicaces

Au terme de ce travail je remercie

Mon dieu le tout puissant de m'avoir donné le courage la santé et m'accordé son soutien durant les périodes les plus difficiles.

A mes chers parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études.

A mes chères sœurs Radia, Sadjia et laila pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral.

A mes chers frères, Loïnesse et Malek pour leur appui et leur encouragement.

A tout mes amis Nabila, Nabila, Dahbia, Warda, Manou, salim, Baygoche, pour leur encouragements permanents.

A tous ceux qui m'aiment et cru en moi, merci d'être toujours là pour moi.

Hayat

Introduction	1
---------------------------	----------

Le cadre général de la problématique :

1. La problématique	4
2. Les hypothèses.....	6
3. Les concepts clés.....	6

Partie théorique

Chapitre I : l'insuffisance cardiaque

Préambule

1. Généralité sur l'anatomie et le fonctionnement du cœur	8
2. L'insuffisance cardiaque	13
3. Les formes cliniques d'insuffisance cardiaque	14
4. Les deux mécanismes de l'insuffisance cardiaque	15
5. Physiopathologie.....	16
6. Les symptômes de l'insuffisance cardiaque	17
7. L'évolution de l'insuffisance cardiaque	18
8. Les facteurs de risque de l'insuffisance cardiaque.....	18
9. Évaluation d'une insuffisance cardiaque	19
10.Traitement et prise en charge de l'insuffisance cardiaque.....	22

Conclusion.....	24
------------------------	-----------

Chapitre II : l'anxiété

Préambule

1. L'historique	25
2. L'anxiété et sa définition	27
3. Anxiété normale et anxiété anormale.....	29
4. Anxiété, effroi, peur, angoisse et stress.....	30
5. Symptomatologie anxieuse	34
6. Les mécanismes de l'anxiété.....	35
7. Les modèles d'anxiété.....	37
8. Description des sept principaux types des troubles anxieux.....	38
9. Les modèles théoriques de l'anxiété.....	41
10. Les causes des troubles anxieux.....	42
11. La prise en charge de l'anxiété.....	43
Conclusion	47

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

1. La méthode de recherche.	48
2. Présentation du lieu de recherche.....	50
3. La présentation du groupe d'étude.....	51
4. La présentation des techniques de la recherche.....	52
Conclusion.....	58

La partie pratique

Chapitre IV : Présentation des cas, analyse et interprétation des résultats

Préambule.

- 1. Présentation des cas, et analyse des entretiens et de l'échelle de l'anxiété et l'interprétation des résultats.....59
- 5. Discussion des hypothèses76

Conclusion.....80

Les annexes

La liste bibliographique

La liste des tableaux

Tableau N°1 : De la névrose aux troubles anxieux.....	27
Tableau N° 2 : Ressemblances entre la peur et l'anxiété.....	31
Tableau N° 3 : Différences entre peur et anxiété.....	32
Tableau N°4 : Les caractéristiques des cas de notre recherche.....	51
Tableau N°5 : les résultats du test de SPEILBERGER de six cas.....	77

Introduction

On appelle souvent l'insuffisance cardiaque « la maladie de la porte tournante », car le taux de réadmission à l'hôpital qui lui est associé est très élevé. Diverses sources estiment qu'un patient atteint d'insuffisance cardiaque sur cinq retourne à l'hôpital dans les 30 jours, que ce soit en raison de ce trouble (dans environ la moitié de ces cas) ou d'une cause connexe.

Prendre en charge la santé d'un patient souffrant d'insuffisance cardiaque repose sur un équilibre fragile. En plus des comorbidités, les patients peuvent retourner à l'hôpital en raison de problèmes qu'ils sont incapables de gérer seuls.

L'insuffisance cardiaque est une maladie lourde par ses complications, c'est pourquoi, elle constitue un problème de santé publique. Certes, cette maladie a aussi un impact sur le plan psychologique, l'anxiété est l'un de ces facteurs qu'on peut déceler, elle peut se manifester par des symptômes et des comportements, c'est ce que nous voulons voir par notre travail mené afin de mettre en lumière à quel point cette maladie de l'insuffisance cardiaque est derrière ces manifestations anxieuses.

Chaque recherche scientifique doit avoir un but précis, sachant qu'il n'existe pas un thème plus intéressant qu'un autre en psychologie.

« Le choix d'un sujet est l'évaluation de la faisabilité d'une recherche, respectant ce premier moment de la formulation du problème de recherche » (ANGERS.M, 1997).

Le choix de notre sujet d'étude est motivé par des objectifs et subjectifs et des motivations qui sont comme suit :

- L'augmentation du nombre des malades atteints d'insuffisance cardiaque
- La gravité de la maladie et son impact psychique sur les malades.

- Voir si les personnes qui sont atteintes d'une insuffisance cardiaque souffrent de l'anxiété et décrire leurs difficultés et leur souffrance psychique (anxiété).
- Sensibiliser les responsables et les malades sur l'importance de la prise en charge psychologique en plus de la prise en charge physique.

Pour cela nous nous sommes rapprochées de l'hôpital « Mustapha Bacha », des malades atteintes d'insuffisance cardiaque qu'ont se trouvent dans le service cardiologique, afin de répondre à nos questions.

Afin de pouvoir mettre en lumière tout ce qui a été déjà dit et pour effectuer cette recherche, on a tracé un plan de travail réparti en quatre chapitres, commençant par le cadre générale de la problématique, hypothèses et concepts clés.

Le premier chapitre est consacré pour l'étude du l'insuffisance cardiaque, on a présenté le préambule, généralité sur l'anatomie et fonctionnement du cœur, physiopathologie de l'insuffisance cardiaque, les signes, les facteurs, évaluation de l'insuffisance cardiaque, traitements et prise en charge, terminé par une conclusion.

Le deuxième chapitre est consacré pour l'anxiété, on a présenté l'historique, les définitions, les types, les causes, les mécanismes, les symptômes et la prise en charge, terminé par une conclusion

Le troisième chapitre est consacré pour le cadre méthodologique à travers lequel on a traité les points suivants : la démarche de la recherche, la présentation des techniques de recherche utilisée, présentation de l'échelle d'anxiété de spielberger, la présentation du groupe d'étude et lieu de recherche, terminé par une conclusion.

Le quatrième chapitre est consacré pour la présentation et l'analyse des entretiens et de l'échelle de l'anxiété d'auto-évaluation de C. D. Spielberger de chaque cas, puis une discussion des résultats et des hypothèses.

Enfin, on a terminé par une conclusion de toute la recherche dans laquelle on a évoqué ce qu'on a cerné dans ce travail, la liste bibliographique et les annexes.

1. La problématique :

Toute pathologie est une pathologie ou étio-pathogénie où le facteur psychologique est toujours présent à l'esprit, et parmi les différents problèmes qui touchent l'être humain, on trouve les maladies chroniques (cancer, diabète, pathologie cardiaques,...). Qui sont les principales causes de souffrance et même de décès de ces malades, la prévalence de ces dernières pathologies (maladie cardio-vasculaire), ne cessent d'augmenter. Les statistiques ont démontré qu'un bon nombre de personnes de différents âges et sexes, sont touchées par des maladies cardio-vasculaires et parmi ces maladies les plus connues et graves, on trouve l'insuffisance cardiaque.

En fait, l'insuffisance cardiaque signifie que le muscle cardiaque ne pompe pas autant de sang qu'il le devrait et que, par conséquent, le corps ne reçoit pas la quantité de sang, d'oxygène et de nutriments dont il a besoin pour bien fonctionner.

Selon le Dr Paul Fedak, chirurgien cardiaque à l'Université de Calgary, « l'insuffisance cardiaque est le résultat final de toutes les maladies du cœur. Tout dysfonctionnement du muscle se termine par cette affection, c'est là que mènent tous les chemins. » C'est un constat qui donne à réfléchir : au Canada, plus de un million de personnes sont atteintes d'une maladie du cœur, et 50 000 nouveaux cas d'insuffisance cardiaque sont actuellement diagnostiqués chaque année. (Fondation Des Maladies Du Cœur Et De L'ave. 2016. Canada).

En Algérie, l'insuffisance cardiaque chronique est aussi grave, considérée comme première cause de mortalité cardiovasculaire devant l'infarctus, l'insuffisance cardiaque constitue aujourd'hui un sérieux problème de santé public, alerte Pr Zannad.M, expert international en cardiologie.

Une méconnaissance de la prévalence et même de la maladie en Algérie, ont déploré des cardiologues algériens lors d'une réunion autour du thème l'insuffisance cardiaque chronique, (Djazairiss, 2014).

Face à l'augmentation de nombre de cas de sujets atteints d'insuffisance cardiaque, on a voulu d'après la présente étude évaluer, effet de cette pathologie sur l'aspect psychologique des malades, et on a choisi d'évaluer l'existence de l'anxiété chez ces derniers, car il existe des altérations organiques ou biologiques objectivables. Ces altérations tirent une partie de leur origine du psychisme, comme l'insuffisance cardiaque qui a une relation avec la souffrance psychique et parmi ces souffrances psychiques on trouve l'anxiété qui fait l'objet de notre recherche, « L'anxiété est un symptôme fréquent, remplissant une fonction d'alarme, qui revêt le plus souvent un caractère adaptatif ». (Mariana, 2010, p.11).

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la santé, l'anxiété est « un sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi voir d'anéantissement ». (Tamisier et Briand, 1999. P 53).

« Etat affectif caractérisé par un sentiment d'inquiétudes, de troubles physiques et psychique, d'atteinte d'un danger devant lequel on est impuissant ». (Tamisier et Briand, 1999. P 53).

Lacroix souligne que : « la survenue de la maladie constitue un événement ni choisi ni désiré, qui annonce la perspective de menaces, parfois vitales, et dont les répercussions au plan émotionnel sont déterminantes ». (Lacroix, 2011, P.33)

Donc la maladie affecte l'être, c'est-à-dire qu'à côté du vécu corporel de celle-ci, il ya aussi le vécu psychologique de cette pathologie qui touche un organe symbole de vie pour l'être humain, qui est le cœur. A partir de la, nous avons posé les questions suivantes :

- Les personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque souffrent-elle d'une anxiété ?
- Les personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque souffre d'une anxiété sévère ?

- Le degré d'anxiété chez les malades atteints d'une insuffisance cardiaque varie d'une personne à l'autre ?

2. Les Hypothèses :

- Les personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque souffrent d'anxiété.
- Les personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque souffrent d'une anxiété sévère.
- Le degré de l'anxiété chez les sujets atteints d'Insuffisance cardiaque varie d'une personne à l'autre.

3. Les concepts clés :

3.1. L'anxiété :

Selon le petit Larousse ; vive inquiétude née de l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un événement. Etat émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort et souvent chronique. (Florent.J, 2014, P.97).

3.2. L'insuffisance cardiaque :

Est un syndrome clinique complexe qui peut être définie comme une anomalie de la structure ou de la fonction cardiaque conduisant à une défaillance du cœur à livrer l'oxygène. (Hug. 2013, P 2)

3.3. Le muscle cardiaque :

Tissu musculaire strié non squelettique, il se contracte de manière rythmique et involontaire.

3.4. Les valves :

Sortes d'écluses, permettant le passage du sang d'une cavité à l'autre, sans reflux possible, dans les conditions physiologiques.

3.5. Les coronaires :

Le cadre général de la problématique

Apportent le sang au muscle cardiaque, situées à la surface du cœur, leur débit représente 10% du débit cardiaque.

Partie théorique

Chapitre I :

L'insuffisance cardiaque

Chapitre 1 : l'insuffisance cardiaque

Préambule

- 1.** Généralité sur l'anatomie et fonctionnement du cœur
- 2.** L'insuffisance cardiaque
- 3.** Les formes cliniques d'insuffisance cardiaque
- 4.** Les deux mécanismes de l'insuffisance cardiaque
- 5.** Physiopathologie
- 6.** Les symptômes de l'insuffisance cardiaque
- 7.** L'évolution de l'insuffisance cardiaque
- 8.** Les facteurs de risque de l'insuffisance cardiaque
- 9.** Évaluation d'une insuffisance cardiaque
- 10.** Traitement et prise en charge de l'insuffisance cardiaque

Conclusion

Préambule

Les maladies du cœur impliquent un groupe de problèmes de santé qui affectent la structure et le fonctionnement du cœur par ailleurs, notre meilleure défense consiste à contrôler les facteurs de risque qui pourraient entraîner une maladie d'insuffisance cardiaque qui est un important problème de santé, pour cela nous allons aborder ce chapitre pour parler du coté médicale du patient qui souffre de cette maladie en raison de la gravité de ses complications.

Donc on va parler sur le cœur et son anatomie, la pathologie de l'insuffisance cardiaque, la définition, les différents symptômes, les différentes formes cliniques, les facteurs de risques, traitements et la prise en charge, terminé par une conclusion.

1. Généralité sur l'anatomie et le fonctionnement du cœur :**1.1. Définition :**

Le cœur est un organe musculaire ; il joue le rôle d'une pompe dans le système circulatoire, de consistance ferme et de coloration rougeâtre, son poids est variable : 270 grammes chez l'homme, et 250 grammes chez la femme. (Hammoudi, 2004, P.30).

Le cœur est un organe silencieux, son travail est lié aux besoins métaboliques et dépend de différents systèmes de l'organisme et de différents systèmes de régulations. (Haynal, Dassini et aL, 1978. p.72).

Son rôle donc, est de faire circuler le sang chargé d'oxygène et d'éléments nutritifs dans l'ensemble du corps, puis de le ramener vers lui et les poumons où il est filtré et ré oxygéné avant de repartir, et ce, en moyenne 70 fois par minute. (Rqasf, 2012, p.2).

1.2. Anatomie :

Quant on parle du cœur, on parle du muscle le plus solide de l'organisme. Asymétrique, situé au milieu de la poitrine, entre les poumons, il a plus ou moins la forme d'une poire et la grosseur d'un poing. (Rqasf, 2012, P.2).

Le cœur a la forme d'une pyramide triangulaire avec :

- Une face antérieure ou stérno-costale.
- Une face inférieure ou diaphragmatique.
- Une face latérale gauche ou pulmonaire.
- Un bord droit.
- Deux bords gauches : supérieur et inférieur.
- La base regarde en arrière, en haut et à droite.
- Le sommet ou pointe du cœur est orienté suivant l'axe du cœur.
- L'axe du cœur est orienté : en avant, en bas, et à gauche. (Hammoudi, 2004, P.34).

Il se compose de quatre cavités contenues dans une enveloppe, le péricarde : 2 oreillettes et 2 ventricules, chaque oreillette étant séparée du ventricule sous-jacent par une valvule : à droite, la valvule tricuspide, constituée de 3 valves ; à gauche, la valvule mitrale, constituée de 2 valves. Les valves s'insèrent sur la paroi du ventricule correspondant par des cordages rattachés à des protubérances musculaires appelées piliers. (<http://www.Larouse.fr>).

Le cœur est formé de deux pompes qui fonctionnent comme une seule pompe. On appelle « ventricule droit » la pompe située à droite et « ventricule gauche » celle située à gauche. Ces deux pompes se contractent ensemble pour produire un battement du cœur. Avant chaque battement, le ventricule droit du cœur se remplit de sang. Ce sang est faible en oxygène. Le droit pousse ce sang

faible en oxygène vers les poumons. Dans les poumons, le sang est oxygéné. Le sang va vers le ventricule gauche qui pousse ce sang riche en oxygène vers tout votre corps ventricule. (Dragica, 2010, P2).

D'une autre façon, notre cœur est un muscle lisse, constitué de deux oreillettes, deux ventricules et quatre valvules, chaque battement de notre cœur dépend de cette région cruciale, le nœud sino-atrial, qui a environ 10000 cellules indépendantes qui bipent, qui ont un rythme électrique, un voltage qui monte et descend pour envoyer aux ventricules le signal de pomper.

➤ **Les oreillettes :**

Reçoivent le sang désoxygéné par l'intermédiaire des veines caves inférieure et supérieure, pour l'oreillette droite, et le sang oxygéné par les 4 veines pulmonaires pour l'oreillette gauche. (<http://www.Larouse.fr>).

➤ **Les ventricules :**

Le ventricule gauche est la principale pompe à sang du cœur. Il doit être un peu plus fort que le ventricule droit parce qu'il doit avoir suffisamment de force pour pousser tout le sang qui vient du côté droit du cœur dans tout votre corps. Si le ventricule gauche ne fonctionne pas bien, votre corps n'aura pas la bonne quantité de sang. Cela entraînera une baisse de la pression sanguine et du débit sanguin (moins de sang qui circule). (Dragica, 2010, P2).

1.3. La circulation artérielle et veineuse :

Le réseau artériel de la grande circulation est un circuit à haut pression, il conduit le sang oxygéné à travers le corps dans des vaisseaux sanguins appelées selon leurs tailles, ce dernier niveau est constitué de multiples petites ramifications qui facilitent le transfert de l'oxygène du sang aux organes. (Dubois, 2004, P.15).

Le sang, devenu pauvre en oxygène, revient au cœur dans les veines, puis est envoyé par les artères pulmonaire dans la petite circulation ou il est oxygéné dans les poumons le réseau veineux est le principal réservoir de sang. (Dubois, 2004, P.16).

1.4. Le cœur en santé :

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, un cœur en santé bat de façon irrégulière, c'est-à-dire qu'il accélère et ralentit entre 15 et 30 fois par minute, il s'adapte constamment à ce qui se passe dans l'organisme. Ce phénomène n'a rien à voir avec le trouble de l'arythmie cardiaque.

Grâce au bio senseur, le cœur réagit et s'ajuste aux hormones qui circulent dans le corps, aux émotions ressenties et aux pensées. Le système nerveux autonome, qui régule à notre insu le fonctionnement de nos organes, dont le cœur, est lui-même composé de deux systèmes : le système nerveux sympathique accélère les battements et met l'organisme en action, alors que le système nerveux parasympathique le ralentit et le ramène au calme. La variabilité cardiaque est saine, car elle montre la capacité de notre système nerveux autonome à tendre vers l'équilibre. Ce système de communication raffiné illustre les liens entre le cœur, les émotions et le stress.

C'est pourquoi une variabilité cardiaque élevée est le signe d'un cœur solide. Et tout aussi importante est la cohérence de cette variabilité, lorsque les accélérations et décélérations du cœur se maintiennent dans le temps. La cohérence cardiaque est possible lorsque l'esprit est apaisé, c'est un état physiologique qu'on pourrait comparer à une méditation du cœur. À ce moment, nos systèmes nerveux, cardiovasculaire, hormonal et immunitaire travaillent de manière optimale et harmonieuse. (Rqasf, 2012, p.3).

1.5. Le cœur malade :

Même si notre corps est relativement bien équipé pour ajuster notre système cardiovasculaire, il existe un ensemble de troubles qui peuvent l'affecter.

Les voici sommairement présentés dans la liste suivante :

- les cardiopathies coronariennes (angine de poitrine, infarctus du myocarde), touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent le muscle cardiaque
- les maladies cérébrovasculaires (accident vasculaire cérébral), touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent le cerveau
- l'hypertension, une augmentation de la pression dans le réseau artériel
- les artériopathies périphériques, touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent les bras et les jambes
- les cardiopathies rhumatismales, affectant le muscle et les valves cardiaques et résultant d'un rhumatisme articulaire aigu, causé par une bactérie streptocoque (rare de nos jours)
- les malformations cardiaques congénitales, malformations de la structure du cœur déjà présentes à la naissance
- les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires, obstructions des veines des jambes par un caillot sanguin susceptible de se libérer et de migrer vers le cœur ou les poumons
- l'insuffisance cardiaque, une incapacité du cœur à pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins du corps (par exemple aux besoins des reins, ce qui provoque une accumulation d'eau dans le corps). (Rqasf, 2012, p.3).

2. L'insuffisance cardiaque :**2.1. Définition :**

Le terme « insuffisance cardiaque » ne veut pas dire que votre cœur ne fonctionne plus. Cela signifie que votre cœur est faible et qu'il a de la difficulté à pousser la bonne quantité de sang vers le reste du corps. (Dragica, 2010, P.2).

Donc Lorsque le cœur s'affaiblit pour une raison ou une autre, il pompe moins de sang vers le corps et avoir la basse pression artérielle ainsi, l'insuffisance cardiaque survient lorsque le cœur ne réussit pas, à cause d'une atteinte du muscle ou des valves cardiaques, à pomper suffisamment de sang pour répondre à tous les besoins énergétiques du corps.

L'insuffisance cardiaque est un syndrome pouvant revêtir différentes formes et Correspondant à l'évolution de la plupart des pathologies cardiaques. (Colege des Enseignements de Cardiologie de La Societe Francaise de Cardiologie, 2011-2012, P.4).

L'insuffisance cardiaque, peut être définie comme une anomalie de la structure ou de la fonction cardiaque conduisant à une défaillance du cœur à livrer l'oxygène à un débit en rapport avec les exigences du métabolisme des tissus, malgré des pressions de remplissage normales ou seulement au détriment d'une augmentation des pressions de remplissage.(Hug, 2013, p.3).

L'insuffisance cardiaque est l'incapacité du cœur à générer un débit circulatoire adapte aux besoins énergétiques de l'organisme, ou de le faire sans élever ses pressions de remplissage :

- initialement à l'effort, puis au repos ;
- par le biais d'un trouble de la fonction systolique (éjection ventriculaire) ou de la fonction diastolique (remplissage ventriculaire). (Gautier, .Rousenbaum, 2010, p 411).

Brève, on peut dire que l'insuffisance cardiaque survient habituellement lorsque le cœur est endommagé ou affaibli par une maladie du cœur aussi un ensemble de symptômes qui font que le cœur n'assure pas le débit sanguin nécessaire aux besoins de l'organisme.

3. Les formes cliniques d'insuffisance cardiaque :

3.1. L'insuffisance cardiaque aiguë et chronique :

- Il existe plusieurs définitions de l'insuffisance cardiaque aiguë. Nous prendrons celle de la Société européenne de cardiologie, où l'insuffisance cardiaque aiguë (ICA) est décrite comme un syndrome caractérisé par l'apparition rapide ou progressive de symptômes et signes d'insuffisance cardiaque nécessitant un traitement immédiat.
- L'insuffisance cardiaque chronique désigne une situation stable dans laquelle le patient peut être asymptomatique ou peut présenter une dyspnée d'effort stable.

3.2. L'insuffisance cardiaque gauche, droite et globale :

Ces termes sont employés en fonction de la prédominance des symptômes congestifs plutôt systémiques ou veineux pulmonaires. Mais ils ne sont pas toujours en lien avec la gravité de l'atteinte de l'un ou l'autre des ventricules. (Colege des Enseignements de Cardiologie de La Societe Francaise de Cardiologie, 2011-2012, P.4-5).

➤ Insuffisance cardiaque gauche :

Est l'incapacité du ventricule gauche d'assurer un débit circulatoire aux besoins périphériques, elle est aussi une conséquence d'une altération de la contractibilité du ventricule gauche aboutissant à une diminution de l'index cardiaque et se traduit par une augmentation des pressions de remplissage télé diastolique du ventricule gauche.

➤ **Insuffisance cardiaque droite :**

Se traduit par une augmentation des pressions de remplissage télé diastolique du ventricule droit. Ce ventricule est incapable d'adapter son débit au retour veineux périphérique.

➤ **Insuffisance cardiaque globale :**

La fonction de la totalité du myocarde est très perturbée.

4. Les deux mécanismes de l'insuffisance cardiaque :

4.1. Insuffisance cardiaque systolique :

Le cœur envoie mal son sang dans l'organisme qui cause :

- Atteinte directe ou indirecte de la contractilité du muscle, des valves, des coronaires, anomalie du rythme cardiaque
- Myocardiopathies
- Valvulopathies
- Coronaropathie
- Arythmies

4.2. Insuffisance cardiaque diastolique :

Le cœur se remplit mal qui va causer :

- Atteinte de la relaxation du muscle, par épaissement (hypertrophie), perte de l'élasticité (fibrose), vieillissement des parois
- Coronaropathies
- Hypertension artérielle
- Diabète (Olivier, 2012, p.4).

5. Physiopathologie :

5.1. L'insuffisance ventriculaire gauche

L'insuffisance ventriculaire gauche est définie comme l'incapacité du ventricule gauche à assurer un débit sanguin nécessaire aux besoins de l'organisme, tant au repos qu'à l'effort, dans des conditions normales, donc avec des pressions de remplissage non augmentées. Cette définition permet d'intégrer les insuffisances ventriculaires gauches à fonction systolique d'éjection conservée, ou insuffisance cardiaque "diastolique", où le débit cardiaque ne peut être maintenu qu'au prorata de pression transmurale de distension ventriculaire gauche élevée. (Galinier, 2005, P.3).

➤ **Insuffisance ventriculaire gauche systolique :**

Les insuffisances ventriculaires gauches systoliques peuvent être la conséquence d'une maladie intrinsèque du muscle cardiaque (diminution de l'inotropie, amputation de la masse contractile) ou faire suite à une surcharge mécanique, le plus souvent volumétrique, du ventricule. L'altération de la fonction contractile est responsable d'une diminution du débit cardiaque. Cependant, la majorité des symptômes correspondent à des modifications des conditions de remplissage ventriculaire. En effet, l'altération de la performance systolique est à l'origine d'une dilatation ventriculaire gauche, ayant pour but de maintenir le volume systolique (phénomène de Frank Starling), entraînant un fonctionnement de la chambre ventriculaire sur la portion verticale de sa relation pression-volume passive, réduisant la compliance ventriculaire et élevant la pression télé diastolique. (Galinier, 2005, P.3).

➤ **Insuffisance cardiaque gauche diastolique :**

Les insuffisances ventriculaires gauches "diastoliques" peuvent être la conséquence d'une maladie intrinsèque (formations nerveuses situés à l'intérieure d'un organe ou tissu) du muscle cardiaque (cardiopathie restrictive) ou faire suite à une surcharge mécanique de pression du ventricule. Les mécanismes responsables des symptômes correspondent là encore à des

modifications des conditions de remplissage ventriculaire gauche. La diminution de la distensibilité ventriculaire gauche est en rapport, soit avec une diminution de la distensibilité intrinsèque du muscle (cardiopathie restrictive caractérisés par des parois ventriculaires non complaintes qui gênent le remplissage diastolique), soit secondaire au remodelage concentrique de la chambre ventriculaire gauche (surcharges de pression). Cette diminution de la distensibilité de la chambre ventriculaire entraîne une déviation vers le haut et vers la gauche de la relation pression-volume diastolique, responsable d'une augmentation des pressions diastoliques pour un même volume ventriculaire gauche, alors que la performance systolique n'est pas modifiée.

En cas de ralentissement isolé de la relaxation ventriculaire gauche, c'est la phase initiale de remplissage qui est altérée et à l'extrême la relaxation n'est pas terminée en télé diastole, gênant le remplissage ventriculaire. Les deux mécanismes sont en fait le plus souvent associés. La fonction systolique d'éjection de la pompe ventriculaire gauche demeure normale chez ces patients. (Galinier, 2005, P.3).

6. Les symptômes de l'insuffisance cardiaque :

Le cœur n'est pas capable de pomper assez de sang pour répondre à nos besoins en oxygène et en éléments nutritifs. Les symptômes de l'insuffisance cardiaque viennent donc du fait que la pompe n'est plus efficace. Afin de comprendre les limitations que les patients vient à cause leur maladie cardiaque, à chaque visite :

- Dyspnée : c'est le symptôme le plus fréquent d'IC au début de l'évolution de la maladie, elle est liée à la redistribution dans la circulation centrale du sang.
- La toux nocturne au décubitus.

- Œdèmes des membres inférieurs : ils sont typiquement blanc, mous et prennent le godet.
- Palpitations : correspondent à des troubles du rythme.
- Altération de l'état générale.
- Vertiges, fatigue constante, asthénie.
- Ralentissement psychomoteur.
- Hépatalgies d'effort.

7. L'évolution de l'insuffisance cardiaque :

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique qui s'aggrave avec le temps. L'évolution d'une insuffisance cardiaque est imprévisible et différente pour chaque personne. Les symptômes peuvent s'améliorer et rester stables pendant un certain temps (des mois, voire des années) avant de s'aggraver.

Vous pouvez ralentir la progression de l'insuffisance cardiaque en prenant bien vos médicaments et en suivant les recommandations de votre équipe médicale. (Sgic, 2015, p.16).

8. Les facteurs de risque de l'insuffisance cardiaque

Il peut y avoir plusieurs facteurs à l'insuffisance cardiaque. Par exemple :

- crise cardiaque (infarctus) ;
- haute pression (hypertension) ;
- infection du cœur par un virus;
- problèmes de valves ;
- abus chronique de drogues ou d'alcool;
- séquelles de la chimiothérapie ou de la radiothérapie ;
- certains troubles du rythme cardiaque (arythmie).

Il y a aussi d'autres facteurs comme des malformations présentes à la naissance ou des maladies génétiques. Parfois les causes ne sont pas connues.

Toutes ces situations peuvent endommager le cœur, qui se fatigue et a alors plus de difficulté à pomper.

Certaines maladies peuvent aggraver l'insuffisance cardiaque. Il faut donc bien les contrôler.

- diabète ;
- hypertension artérielle ;
- anémie ;
- insuffisance rénale ;
- problèmes de la glande thyroïde (goitre)

Certaines situations ou comportements peuvent aggraver l'insuffisance cardiaque :

- infection virale ou bactérienne ;
- consommation excessive de liquides ou de sel ;
- arrêt ou prise de certains médicaments ;
- consommation d'alcool. (Squic, 2015, p.16).

9. Évaluation d'une insuffisance cardiaque :

La démarche du praticien devant une insuffisance cardiaque doit comporter schématiquement plusieurs étapes successives qui seront modulées en fonction de l'âge du patient :

9.1. Comment reconnaître l'insuffisance cardiaque ?

- Les critères diagnostiques cliniques ;
- Les symptômes fonctionnels ;
- L'examen clinique ;
- La radiographie thoracique ;
- L'électrocardiogramme ;

9.2. Déterminer le type d'insuffisance cardiaque :

Au terme de ces examens simples, les différentes formes cliniques de l'insuffisance cardiaque doivent être reconnues : gauche, droite ou globale. Enfin, en fonction des modalités d'apparition des symptômes on distinguera les insuffisances cardiaques chroniques et aiguës.

9.3. Rechercher un facteur favorisant :

Très souvent, l'insuffisance cardiaque évolue par poussées, favorisées par différents facteurs qu'il est essentiel de rechercher et d'identifier car leur correction peut à elle seule entraîner l'amélioration de l'état du patient :

- écart de régime ;
- mauvaise observance thérapeutique ou réduction inappropriée d'un traitement ;
- troubles du rythme, notamment la fibrillation auriculaire, étant une cause habituelle de décompensation qui résulte de la réduction du temps de remplissage diastolique ou de la perte de la systole auriculaire ;
- poussées hypertensives
- anémie ou hyperthyroïdie.

9.4. Apprécier le mécanisme de l'insuffisance cardiaque :

- L'échocardiographie doppler constitue une étape essentielle du diagnostic de l'insuffisance cardiaque, permettant de séparer les dysfonctionnements systoliques et diastoliques qui diffèrent tant par leur pronostic que par leur traitement.

9.5. Chercher la cause de l'insuffisance cardiaque.

L'enquête étiologique est un temps essentiel afin de détecter une éventuelle cause curable de l'insuffisance cardiaque. A côté de l'échocardiographie doppler,

l'exploration hémodynamique et angio-coronarographique reste le plus souvent nécessaire.

9.6. Apprécier le retentissement fonctionnel.

Cette étape est basée sur l'évaluation de la gêne fonctionnelle par l'interrogatoire et sur l'étude du comportement de l'insuffisant cardiaque à l'effort :

- L'évaluation de la gêne fonctionnelle doit être réalisée chez un patient dont l'insuffisance cardiaque est stabilisée et non en poussée évolutive.
- L'étude du comportement à l'effort constitue donc une étape fondamentale.
- Le test de marche de 6 minutes. (Galinier, 2005, p.7).

10.Traitement et prise en charge de l'insuffisance cardiaque :

Le but du traitement de l'insuffisance cardiaque est de ralentir la progression de la maladie, de contrôler les symptômes et de prolonger la vie.

Il y a plusieurs façons de traiter l'insuffisance cardiaque. Le médecin choisit le traitement qui convient le mieux à votre condition. (Sjic.2015.p.17).

10.1. Les médicaments :

- Les diurétiques ;
- Les médicaments qui améliorent le fonctionnement du cœur ;
- Les suppléments de potassium ;
- L'amiodarone ;
- Les médicaments qui diminuent le cholestérol ;
- Les médicaments pour le sommeil et l'anxiété ;
- Les médicaments pour les difficultés érectiles. (Sjic, 2015, p, 69).

10.2. Appareils implantables pour soigner l'insuffisance cardiaque :

Ces appareils sont installés dans le cœur. Ils sont utilisés lorsque le système électrique du cœur a des problèmes. Votre médecin vous dira quel est le meilleur appareil pour vous

- Ces appareils servent à corriger un cœur qui bat trop rapidement, trop lentement ou de façon irrégulière.
 - Dans cette catégorie, on compte : les stimulateurs cardiaques (aussi appelés pacemakers), les défibrillateurs, la resynchronisation cardiaque ou plusieurs appareils à la fois.
 - Les appareils sont implantés par anesthésie locale. Le patient n'a pas à être hospitalisé.
 - Les appareils sont petits et ne pèsent que quelques grammes. Ils contiennent une pile et un petit ordinateur qui envoie des signaux au cœur.
- (Dragica, 2014, p.19-27).

10.3. La chirurgie : comme toute chirurgie, ces avantages ne peuvent être garantis, étant donné que les interventions dépendent de chaque patient et de chaque procédure. (la chirurgie valvulaire, valve mitrale, tricuspide...).

10.4. L'activité physique :

La plupart des activités physiques peuvent apporter des bienfaits pour la santé : bricolage, travaux ménagers, joué aux quilles, marche légère, etc.

L'activité physique régulière :

- fait partie du traitement de l'insuffisance cardiaque ;
- améliore la qualité de vie ;

- aide à ralentir la progression de la maladie ;
- améliore la santé physique et psychologique ;
- facilitera l'exécution des tâches quotidiennes avec moins de fatigue et d'essoufflement. (Sqic, 2015, p.90).

10.5. L'adaptation psychologique :

L'insuffisance cardiaque apporte de nouveaux stress pour le malade et les membres de leur entourage.

Les priorités ne sont plus les mêmes. Il faut s'adapter à ce corps qui n'a plus la même énergie qu'avant. Cela demande du temps, du courage, de la détermination et du soutien.

Le médecin et le psychologue, peuvent aider le malade en les informer sur leur maladie et sur les traitements ou la prise en charge psychologique nécessaires. Cette information est essentielle pour une bonne adaptation à la maladie. Plusieurs personnes qui souffrent d'insuffisance cardiaque arrivent à bien s'adapter à tous ces changements et à être heureuses à nouveau.

Souffrir d'insuffisance cardiaque, c'est tout d'abord traverser un état de crise au plan psychologique. Les habitudes de vie et l'image de soi changent profondément. C'est comme une blessure. Avec le temps, elle peut guérir, mais le corps et l'esprit vont changer. La blessure laissera une cicatrice permanente dont il faudra toujours prendre soin.

Ainsi, il faudra apprendre à accepter de vivre avec la maladie.

Conclusion :

L'insuffisance cardiaque est, bien sûr, une maladie sérieuse, mais il est possible de contrôler et de suivre les différents traitements médicamenteux.

Mais il ya aussi Plusieurs réactions psychologiques qui peuvent apparaître chez les patients souffrent d'une insuffisance cardiaque.

Donc, dans le chapitre qui suit, on va s'intéresser à l'un des effets psychologiques de l'insuffisance cardiaque qui est l'anxiété.

Chapitre II :
L'anxiété

Chapitre 2 : l'anxiété

Préambule

1. L'historique.
2. L'anxiété et sa définition.
3. Anxiété normale et anxiété anormale.
4. Anxiété, effroi, peur, angoisse et stress.
5. La symptomatologie anxieuse.
6. Les mécanismes de l'anxiété.
7. Les modèles d'anxiété.
8. Description des sept principaux types des troubles anxieux.
9. Les modèles théoriques de l'anxiété.
10. Les causes des troubles anxieux.
11. La prise en charge de l'anxiété.

Conclusion

Préambule :

Tout au long de ces quinze dernières années, les différentes pathologies liées à l'anxiété et aux troubles anxieux représentent les syndromes cliniques les plus remaniés au sein des dernières versions des manuels diagnostiques des troubles mentaux (Palazzola, 2007, p.61).

Si le premier chapitre s'est étalé à la maladie d'insuffisance cardiaque, le deuxième sera consacré au vécu psychologique de la maladie par le malade ; Pour cela ce chapitre contient le concept de l'anxiété et sa définition, distinction entre anxiété effroi peur , les différentes approches, les types de l'anxiété puis leurs causes, la sémiologie enfin la prise en charge et la symptomatologie anxieuse et on termine avec la conclusion du chapitre .

1. Historique :**1.1 Troubles anxieux ou troubles névrotiques**

Au plan historique dans un symposium sur l'anxiété, en Allemagne il ya quelque décennies. Le rapporteur sur « l'angoisse dans la littérature », faisait remarquer que les sentiments anxieux n'apparaissent qu'à la fin du 18^e siècle en particulier dans le roman noir gothique anglais. Dans le préromantisme, comme ressort de l'intérêt.

Désormais les œuvres imaginatives attiraient en provoquant l'angoisse, appréhension sans cause réelle, une de ses amies pouvait alors écrire à Voltaire : « je n'y crois pas, mais j'en ai peur ». (Savelli, 2005, p.2)

Il existe un sentiment de peur vis-à-vis de dangers permanents, pour cet historien, la description de la peur sans objet, l'anxiété, est apparue lorsque a disparu la vraie peur, avec l'augmentation de la sécurité générale.

On sait que l'anxiété névrotique augmente dans la mesure où la peur diminue. En épidémiologie psychiatrique, un seul facteur qui diminue

l'anxiété névrotique est la guerre (par ce quelle est remplacée par la peur d'un danger réel).

L'anxiété est peut être ce dont on paye la sécurité, de même que la délinquance est peut être ce dont on paye l'abondance. Si l'anxiété est devenue le symptôme centrale de la psychopathologie, c'est là une donnée récente. Au 18^{ème} siècle. La première classification des peurs avec le dictionnaire de médecine de Lavoisier en 1771, ne l'évoquent pas, dans littérature psychiatrique française, le mot anxiété n'est mentionné au 19^{ème} siècle que trois fois et toujours à propos de la mélancolie. (Savelli, 2005, p.3)

- En 1871, Freud parlait de névrose d'angoisse dont l'une des manifestations était l'attaque d'angoisse. selon lui, le mécanisme de la névrose d'angoisse est à chercher dans la dérivation de l'excitation sexuelle somatique à distance du psychisme et dans une utilisation anormale de cette excitation qui en est la conséquence. (Freud, 1999, p.40)
- En 1899. Kraepelin, psychiatre allemand, affirme dans son traité de psychiatrie « que le trouble affectif le plus important rencontré chez ses malades, c'est l'anxiété ».
- En France, 1902, Lalanne, au congrès des aliénistes de langue française déclare « il faut arriver à ces derniers temps pour avoir assigné à l'angoisse sa vraie place et son véritable rôle ».
- Puis, en 1915, Freud a été le premier à définir les bases psychologiques de l'anxiété dans son approche psycho-dynamique.

Depuis cette date, sous l'influence des cliniciens mais surtout au début des psychanalystes et phénoménologues, l'anxiété a pris une place de premier plan. (Savelli, 2005, p.4)

La psychologie des névroses nous a montré que lorsque des désirs ont subi un refoulement, Leur libido se transforme en angoisse. (Freud, 1912, p.55).

TABLEAU N° 1. De la névrose aux troubles anxieux.

Époque	Concept	Définition
XVIII ^e Siècle	William Cullen : Névrose	Tout trouble de système nerveux non lié à une cause locale, une lésion ou une fièvre.
XIX ^e Siècle	Sigmund Freud : psychonévrose	Troubles liés à des conflits intrapsychiques inconscients. Trait de personnalité et mécanismes de défense spécifique. Associant hystérie, troubles obsessionnels et anxio-phobiques.
XX ^e Siècle	Pierre Janet : psychasthénie	Troubles dont les causes ne sont pas encore clairement définies. Isolement différents syndromes en fonction de leur expression, clinique.
XXI ^e Siècle	Peter Tyler : Syndrome névrotique général	Vulnérabilité liée à des traits de personnalité spécifique. Associe dépression, dysthymie, anxiété généralisé et trouble panique.

(Boulenger, 2008, p. 179.)

2. L'anxiété et sa définition :

Les personnes souffrant d'anxiété essaient inévitablement de se tenir à l'écart de ce qui cause leur anxiété. Qu'il s'agisse de serpents, de l'altitude, de faire un travail long, de faire un exposé oral ou de se présenter à un examen, les personnes anxieuses cherchent à s'échapper.

À court terme, l'évitement réduit le niveau d'anxiété. À long terme, l'évitement maintient et augmente le niveau d'anxiété. Quelqu'un qui remet sans cesse à plus tard son étude pour un examen, se verra comprimé dans le temps et doublement anxieux la semaine précédant son examen. Plus la date fatidique approche, plus l'anxiété augmente.

L'anxiété est un mécanisme biologique dont la fonction est de nous protéger contre les Situations dangereuses. Un peu d'anxiété est tout à fait naturel. Notre façon de réagir face à cette émotion détermine si nous vivons une expérience agréable ou si nous subissons une attaque de panique.

Les personnes aux prises avec des troubles anxieux rapportent une grande variété de peurs qui s'avèrent tellement accablantes qu'elles engendrent une perturbation majeure dans leur vie.

La plupart des troubles anxieux peuvent être définis comme la peur de perdre le contrôle. Il existe des interventions efficaces ayant fait leurs preuves dans le traitement de plusieurs troubles d'anxiété.

D'un point de vue plus cognitif, l'anxiété est présente là où le sujet perçoit un danger ou une menace.

Elle est le produit de l'évaluation cognitive et correspond à un ensemble cognitions et affects face à une situation menaçante : sentiment d'appréhension, perception d'un danger imminent, activation de divers systèmes psychophysiologiques.

Des degrés modérés d'anxiété facilite ainsi l'adaptation, même si elle est déplaisante : elle mobilise les ressources physiques et psychologiques pour faire face à ce qui menace le sujet, ce qui peut permettre des changements bénéfiques et faciliter le développement psychologique. Avant tout, elle nous protège, favorisant la mise en place d'attitudes de défense .Elle a donc un rôle motivant dans la vie de tous les jours. (Graziani, 2003, P.10)

L'anxiété est la menace et la perception d'un danger physique ou psychologique, elle se caractérise par un déséquilibre entre la demande environnementale et la capacité d'émettre une réponse appropriée.

3. Anxiété normale et pathologique

3.1. Anxiété normale

L'anxiété est une émotion proche de la peur, qui existe chez tout l'être humain. Elle correspond à une nécessité permanente de s'adapter aux problèmes de la vie « adaptative » et ou interrogation que chaque individu porte sur le monde « existentielle ». Ces deux formes d'anxiété sont humaines.

L'angoisse peut se manifester à l'occasion d'un événement important, ou lorsqu'on perçoit une menace ou un danger, cette angoisse quotidienne se manifeste de façon intermittente, elle se bénigne et ne dure pas longtemps, alors que l'angoisse qu'éprouve une personne ayant un trouble anxieux survient fréquemment, est plus intense et peut durer des heures, voire des jours, (Assoun, 2006, P 376)

L'anxiété est une émotion banale, qui peut être utile à condition de rester modérée, elle peut constituer une réponse adoptée à une situation difficile (Palazzola, 2007, P.61).

3.2. Anxiété anormale :

L'anxiété anormale est le plus répandu des problèmes psychologiques. Les individus souffrant d'anxiété ou de troubles anxieux constituent une large part de la consultation psychologique ou chez les médecins.

L'anxiété est considérée comme anormale quand elle n'est pas rattachée à aucune cause évidente ou identifiable, quand elle devient chronique et a un retentissement dans la vie du sujet : (souffrance subjective, handicap sociale et professionnelle). (Servant, 2007, P.15).

Dans la plus part des cas, les périodes d'anxiété intense alternent avec des périodes d'apaisement relatif. Une partie des gens affectés par des troubles anxieux réussissent à vivre de façon plus ou moins normale.

Lorsque l'anxiété est pathologique ou rend l'individu dysfonctionnel, on parle de troubles anxieux ou différents types de manifestations anxieuses. En fait, c'est lorsque l'anxiété est vécue très intensément, très fréquemment ou à des moments où il est inapproprié de la ressentir qu'elle peut interférer avec la vie quotidienne d'une personne. (Ladouceur. et al, 1987, P. 2-3).

L'angoisse pathologique peut s'exprimer de manière soit aiguë, soit chronique, ou par une combinaison de ses deux formes ; elle associe des phénomènes physique autant que psychique.

Lorsque l'anxiété persiste au point d'interférer avec la capacité de s'occuper des activités quotidiennes et qu'elle perturbe la vie, elle pourrait Devenir pathologique et prendre la forme d'un trouble anxieux.

Un sujet souffrant d'anxiété pathologique est quelqu'un qui est menacé par son propre sentiment d'infériorité ou d'insuffisance. Pour appuyer cette idée, LAZARUS reprend les travaux de SPIELBERGER et Al. (1970) qui affirmait que d'autres aux menaces de leur estime de soi. (Graziani. 2003, P.16-17).

4. Anxiété, effroi, peur et angoisse et stress :

4.1. Effroi :

Un danger auquel on n'était pas préparé par un état d'angoisse préalable.

Lazarus(1991) a employé le terme d'effroi avec celui de peur et d'anxiété. Il considère l'effroi comme un état émotionnel provoqué par la conséquence de dangers concrets et immédiats d'une lésion(ou d'un mal ou d'un dommage) physique imminente.

Comme l'anxiété, l'effroi est caractérisé par l'incertitude (ou ambiguïté), le danger étant toujours dans le futur. Mais ce qui différencie l'effroi de l'anxiété est le peu de temps disponible pour la réflexion face au danger

imminent. De plus, le doute, l'indécision et l'incertitude ne sont pas les caractéristiques principales de l'effroi.

Elles le sont pour l'anxiété dans laquelle s'ajoute la menace existentielle. Les décisions du sujet anxieux s'accompagnent d'incertitude qui concerne ce qui est en train de se passer et les moyens pour le modifier.

Tableau N° 2 : Ressemblances entre la peur et l'anxiété

Anticipation du danger ou inconfort
Arousal élevé
Affects négatifs
Nervosité, tension
Orientées vers le futur
Accompagnées de sensation corporelle

4.2. Distinction entre peur et anxiété :

Tableau N°3 : Différences entre peur et anxiété

<u>Peur</u>	<u>Anxiété</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Focalisation spécifique sur le danger Lien clair entre le danger et la peur - Habituellement épisodique <p>Tension circonscrite</p> <ul style="list-style-type: none"> - Danger identifié <p>Provoquée par des signaux de danger</p> <p>Ce qui l'atténue est détectable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les limites du danger sont circonscrites - Danger imminent <p>Caractère d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensation physique de l'urgence <p>Caractère rationnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Source de danger floue - Lien incertain entre l'anxiété et la menace Prolongée - Nervosité, Tension envahissante <p>Parfois sans objet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Causes imprécises Persistante <p>Ce qui l'atténue est parfois incertain</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le danger n'a pas de limites bien définies - Le danger est rarement imminent <p>Vigilance élevée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensation corporelles de la vigilance <p>Caractère incertain, confus</p>

(Graziani, P, 13)

4.3. l'angoisse :

Définition de l'angoisse selon Lacan :

Dans ses écrits d'avant-guerre, Lacan avait référé l'angoisse au « corps morcelé » auquel le sujet est confronté au niveau du stade du miroir ; l'unification du corps entier autour de pénis donne lieu à une angoisse de castration, mais il réfère aussi l'angoisse à la crainte d'être engouffré par une mère dévorante. Dès lors, ce qui angoisse n'est pas tant d'être séparé de la mère que de ne pouvoir s'en séparer.

Il est donc faux de dire que l'angoisse se caractérise par l'absence d'objet et la distinguer de peur. « L'angoisse n'est pas sans objet » simplement, cet objet ne prend son sens que par la chose cette chose que le sujet ne peut ni dire, ni caractériser, ni envisager sans vestige.

L'angoisse est donc une expression, un signifié imaginaire de cette détresse qui est solitude absolue. (Clero. 2002, P 13)

L'anxiété est l'appréhension irraisonnée que nous avons en face d'un danger. Elle se distingue quantitativement de l'angoisse. (Bensonson. 1993, P.14).

4.4. Stress et anxiété

Les deux sont intimement liés. Quand on souffre d'un trouble anxieux, on dramatise et on sur réagit. Dans ce contexte ^{inflammable} ; les situations stressantes accentuent la réactivité.

Par ailleurs, on sait que les facteurs de stress précoces (séparation pendant l'enfance, expériences traumatisantes, etc...) influencent à la hausse le risque de troubles anxieux plus tard.

5. La symptomatologie anxieuse :

Comme tout affect, l'anxiété s'exprime dans deux registres : psycho-comportementale et somatique. (Besançon, 1993, P. 39).

5.1. Le registre psycho-comportementale :

A moins qu'elle ne soit d'intensité vraiment mineure, l'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise, de tension interne, les pensées de l'anxieux sont généralement orientées vers l'avenir. Il craint facilement pour lui-même ou pour ses proches.

L'activité cognitive et intellectuelle est consacrée à forger des scénarii catastrophique dont les thèmes sont des échecs (professionnelle ou affectifs) Ainsi par les mimiques et le comportement, l'anxiété s'exprime et se montre facilement ressentie par les membres de l'entourage. Un certain degré de contagion anxieuse existe habituellement, susceptible d'aboutir dans certains cas à un certain rejet du patient par son entourage. (Besançon, 1993, P.39).

5.2. Manifestation somatique :

- Cardio-vasculaire : tachycardie, palpitations, douleurs dans la poitrine, battements des vaisseaux, sensations syncopales, extrasystoles.
- Sur le plan respiratoire : les signes vont d'une discrète oppression des sensations plus intense d'étouffement « souffle coupé ».
- Dans la sphère digestive : sensation de « boule dans la gorge » (qui gêne l'alimentation), nausées, ballonnements abdominaux, diarrhée motrice ;
- Au niveau génito-urinaire : pollakiurie, difficultés sexuelles (impuissance ou éjaculation précoce chez l'homme ; frigidité, dyspareunie chez la femme ;
- Sur le plan neuromusculaire : tension musculaire quelquefois douloureuses (notamment céphalées postérieures dite de «

tension » tremblement, sursauts, paresthésie, bourdonnements d'oreilles, phosphènes) ;

- Sur le plan vaso-moteur : hypersudation parfois profuse, pâleur bouffées motrice.

La présence de signes somatiques est constante lors des états anxieux. Ils sont même souvent au premier plan dans la plainte du patients, ce qui l'amène à consulter, plus souvent qu'un psychiatre, son médecin généraliste, le médecin de l'urgence ou un cardiologue. (Besançon, 1993, P.39).

Tout le monde éprouve de l'anxiété un jour ou l'autre. Ce sentiment peut survenir dans des situations anticipées comme étant perturbantes ou menaçantes par l'organisme :

Présentation orale, accident de voiture évité de justesse, attente de résultats d'analyses médicales.

Toutefois, un certain niveau d'anxiété peut être bénéfique. L'anxiété peut aider à faire face à une situation inquiétante, lorsqu'elle devient une force qui permet d'étudier plus intensément pour un examen ou d'accroître la performance sportive. L'anxiété modérée n'est pas nuisible et il est rare qu'elle dure très longtemps.

6. Les mécanismes de l'anxiété :

Utile et adaptative, l'anxiété normale obéit à un mécanisme biologique dont la fonction est de nous protéger. Parfois, le système de défense se dérègle et surestime le danger.

Lorsque les voies de régulation de la peur ne fonctionnent pas bien, il y a un risque d'anxiété pathologique. (Suzy, P. 30)

- **La peur :**

La peur est une émotion protectrice qui nous prépare au danger et nous aide à nous adapter aux situations. La peur normale possède une vertu adaptative, pour l'individu comme pour l'espèce. Sans elle, il serait impossible de nous souvenir de tous les dangers rencontrés au cours de notre vie et d'être mieux préparés si on les croise à nouveau.

D'alliée irremplaçable, la peur peut toutefois se transformer en ennemie dès le moment où elle se manifeste sans raison valable, gâchant la vie de nombreuses personnes. Devenu inefficace, le système de défense en fait clairement trop et ouvre la porte aux maladies de la peur que sont les troubles anxieux. (suzy. soumaille .P.25)

- **L'amygdale, siège de la peur :**

Dès qu'un signal inquiétant est détecté par nos sens, l'information arrive directement au centre de la peur, une structure située dans le cerveau appelée amygdale (petite zone du cerveau serait responsable de nos peurs, joue un rôle essentiel dans la gestion de nos émotions et en particulier nos réaction de peur et d'anxiété) . L'alerte est ensuite transmise dans d'autres régions cérébrales qui déclenchent à leur tour plusieurs manifestations physiques associées à la peur. Cette réaction en chaîne provoque la mobilisation de tout l'organisme pour faire face au danger.

- **Bug du système d'alerte :**

L'anxiété nous sert quand elle nous informe sur un danger. Elle devient nuisible quand elle se déclenche sans raison :

- Erreurs de jugement :

Le circuit de la peur connaît des ratés, engendrant chez les personnes prédisposées des fausses alertes épuisantes. D'adaptative, vigie habituellement fiable, lance des alertes face à des dangers mineurs ou peu probables.

• Apprentissage de la peur :

En effet, à force d'associer une alerte à un danger surestimé, notre cerveau finit par créer des peurs imaginaires. L'éducation peut d'ailleurs avoir le même effet. En répétant qu'il faut faire très attention aux chiens, on finit par les redouter.

• Une réponse disproportionnée :

Le système de la peur des personnes anxieuses est dérégulé et en fait clairement trop. Leur seuil de tolérance est bas en raison d'une amygdale hypersensible qui réagit de manière exagérée à un objet, une situation, un animal. (Suzy. Guido 2015. P28, 29)

Donc L'anxiété normale et pathologique emprunte les mêmes circuits cérébraux. Pour le meilleur quand il s'agit de notre survie, et pour le pire quand la réponse est disproportionnée. (Suzy. Guido 2015 p, 31)

7. Les modèles d'anxiété :

Les concepts d'anxiété trait et d'anxiété état ont été introduits par "Cattell" puis approfondis par "spielberger".

En psychologie, on distingue :

7.1. L'anxiété-trait, tendance stable et généralisée à percevoir les situations aversives comme dangereuses. L'anxiété trait est associée diverses pathologies somatiques (asthme, insomnie, migraine...etc.). elle est significativement plus élevée chez les hypertendus que chez les sujets, sa tension artérielle basse.

7.2. L'anxiété-état, sentiment d'appréhension, tension et activation autonome momentanée, liée à un événement spécifique (M. Schweitzer, 2002, P 180)

8. Description des sept principaux types des troubles anxieux :

✓ **Trouble d'anxiété généralisé (TAG) :**

Les personnes souffrent peut-être d'un TAG si l'anxiété s'est manifestée presque chaque jour au cours des six derniers mois. Elles essayent d'arrêter de se faire du souci, mais elles ne peuvent pas s'en empêcher, Ces personnes sont souvent confrontées à plusieurs des problèmes suivants :

- Agitation, irritabilité fréquente, fébrilité, nervosité, tension ;
- Fatigabilité accrue;
- Tensions musculaires, surtout dans le dos, le cou ou les épaules;
- Difficultés à se concentrer, à s'endormir ou à rester endormi.

✓ **Phobie sociale :**

Les gens qui souffrent de ce trouble ont peur d'être exposés aux regards et/ou aux jugements d'autrui.

✓ Trouble panique :

Bien sûr, tout le monde est un peu paniqué de temps en temps. Mais, les personnes qui souffrent de trouble panique parlent d'un phénomène extraordinaire qui se manifeste par :

- Rythme cardiaque irrégulier, rapide ou frénétique;
- Transpiration;
- Impression d'étouffement, de suffocation ou de manque d'air;
- Vertige ou étourdissement;
- Douleur ou autre gêne dans la poitrine;
- Impression que les événements sont irréels ou impression d'être détaché de soi-même;
- Engourdissement ou picotements dans les membres;
- Vagues subites de chaleur ou de froid;
- Peur de mourir, bien qu'elle soit en fait non fondée;
- Nausées ou troubles digestifs;
- Sentiment de grande nervosité ou tremblements;
- Idée d'être en train de devenir fou ou de perdre complètement le contrôle de soi.

✓ Agoraphobie :

Les personnes qui en souffrent vivent dans la terreur d'être prises au piège. En outre, elles s'inquiètent d'avoir une attaque de panique, de vomir ou d'avoir la diarrhée en public. Elles évitent désespérément les situations desquelles elles ne peuvent pas s'échapper facilement. Aussi, elles craignent les endroits où de l'aide, dont elles pourraient avoir éventuellement besoin leur semble inaccessible.

✓ Phobie spécifique :

De nombreuses peurs semblent être profondément gravées dans le cerveau humain. Les hommes et les femmes de cavernes avaient de bonnes raisons d'avoir peur des serpents, des étrangers, des hauteurs, de l'obscurité, des grands espaces et du sang : les serpents pouvaient être venimeux, les étrangers pouvaient être des ennemis, on pouvait tomber des hauteurs, l'obscurité pouvait cacher des dangers inconnus, les grands espaces pouvaient rendre une tribu primitive vulnérable aux attaques venues de tous côtés, et la vue du sang pouvait signifier la crise, et même la mort potentielle.

Ceux qui avaient ces peurs avaient une meilleure chance de survivre que ceux qui étaient naïvement courageux. Aujourd'hui encore, il est raisonnable d'identifier soigneusement une araignée avant de la ramasser. Pourtant, la peur augmente parfois jusqu'à atteindre un niveau handicapant

✓ État de stress post-traumatique :

C'est malheureux, mais la guerre, le viol, le terrorisme, les accidents, la brutalité, la torture et les désastres naturels font partie de la vie. Quelqu'un qui a vécu l'un de ces traumatismes peut présenter des symptômes de stress post traumatique. Le diagnostic d'état de stress post-

Traumatique est complexe à établir et nécessite l'avis d'un professionnel. Toutefois, si la personne revit l'évènement d'une façon ou d'une autre, si elle évite tout ce qui lui rappelle le traumatisme et qu'elle essaie de supprimer ou d'endormir ses sentiments, si elle se sent sur la défensive et qu'elle fait des cauchemars entrecoupés de réveils fréquents durant son sommeil, il serait souhaitable qu'elle consulte professionnel.

✓ Trouble obsessionnel compulsif (TOC) :

Une personne qui souffre d'un TOC peut avoir des comportements qui incluent une obsession, une compulsion ou les deux. Les obsessions sont des

images, des impulsions ou des pensées importunes et répétitives qui traversent l'esprit. Les sujets trouvent que ces pensées et ces images sont perturbantes et ne peuvent pas s'en débarrasser.

Les compulsions sont des actions ou des stratégies mentales non désirées et répétitives qui sont exécutées pour réduire temporairement le niveau d'anxiété.

- Exemple : obsession de la contamination par de la saleté, des microbes, de la radiation ou des produits chimiques.
- Exemple : le lavage des mains, le nettoyage excessif causé par la peur obsessionnelle de la contamination serait une forme de compulsion

9. Les modèles théoriques de l'anxiété :

Le recours, actuellement croissant en psychiatrie, à une approche poly théorique paraît spécialement justifier à propos ses troubles anxieux (mais aussi, nous le verrons plus loin, concernant la dépression). Les différents modèles ne sont en effet pas compatibles entre eux, même si leur intégration dans une approche globale n'est pas encore achevée. (Besancon, 1993, P.45).

9.1. Les approches théoriques :

a- L'approche psychanalytique :

D'après cette approche, l'angoisse est une alerte du moi face aux pulsions instinctuelles du ça, différents types d'anxiété s'expliquent par des conflits inconscients en cause :

- Angoisse de castration provoquée par les pulsions
- Angoisse issue d'un sur-moi sévère chez des sujets culpabilisés par une conscience rigide.

b- L'approche biologique :

La découverte des récepteurs (acide amino-butrique) qui fixent les benzodiazépines (anxiolytique) à marqué une étape importante dans la compréhension des mécanismes biochimique de l'anxiété.

c- La théorie cognitive et comportementale :

- **L'approche cognitive :** parait aussi plus pertinente. L'inhibition représente le phénomène central de l'anxiété. Elle est conçue comme résultant de l'activation d'un système d'inhibition comportementale ayant un support neuro-anatomique. Devenu incapable de traiter les informations qu'il reçoit, le sujet anxieux ne peut plus agir.
- **La théorie comportementale :** est relativement succincte. Comme les autres émotions, l'anxiété résulte d'un apprentissage par des conditionnements plus ou moins précoces.

10. Les causes Des troubles anxieux

On ne sait pas exactement ce qui déclenche un trouble anxieux chez certaines personnes. Les recherches laissent croire que plusieurs facteurs sont en cause. Comme la plupart des troubles de santé mentale, les troubles anxieux semblent être causés par un ensemble de facteurs physiques et psychologiques et par des expériences difficiles de la vie, telles que :

- des événements stressants ou traumatisants de la vie ;
- des antécédents familiaux de troubles anxieux ;
- le développement pendant l'enfance ;
- l'usage d'alcool, de médicaments et de substances illégales ;
- d'autres problèmes médicaux ou psychiatriques.

- **Facteurs psychologiques**

Les deux principales écoles de pensée qui tentent d'expliquer les influences psychologiques sur les troubles anxieux sont la théorie cognitive et la théorie comportementale. Les idées exprimées dans ces théories nous aident à comprendre le traitement cognitivo-comportemental, qui est décrit au chapitre suivant. On peut examiner les causes de l'angoisse d'une troisième façon, soit en fonction des facteurs psychologiques. C'est ce qu'on appelle la théorie du développement qui cherche à comprendre l'angoisse éprouvée à l'âge adulte en examinant ce qu'on a appris pendant l'enfance.

- **Facteurs physiques**

Les causes physiques et les effets des troubles anxieux comprennent le déséquilibre chimique du cerveau et la perturbation de l'activité cérébrale ; l'hérédité ; les questions de nature médicale et Psychiatrique ; et la consommation d'alcool et d'autres drogues.

11. La prise en charge de l'anxiété :

11.1. Prise en charge non médicamenteuse :

Trois méthodes peuvent être proposées :

➤ **La relaxation** : elle s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate de l'une des nombreux musculaires progressive. Le but est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété :

- Le training autogène, caractérise par :
 - Une détente musculaire

- Une dilatation des vaisseaux sanguins des extrémités des membres
 - Une détente abdominale
 - Une fraîcheur ressentie au niveau du front. (Palazola 2007, P 61)
- La relaxation musculaire progressive : il est indiqué par le sujet ayant des difficultés à s'abandonner passivement à la technique précédente progressivement le sujet apprend à obtenir une détente des muscles en ayant de moins en moins à la phrase initiale de contraction
 - Les autres méthodes : telles que la relaxation psychologique, la relaxation psycho dynamique, hypnose, ils sont très complexes, sont peu utilisées, et ils sont orientés vers d'autres buts. (Palazola P. 68).
 - **Les techniques cognitives** : se sont développées à partir de la constatation simple que la manière dont l'individu perçoit le facteur anxiogène détermine en grande partie sa réaction. La réaction de modèle psychologique de l'anxiété, ne survient seulement si le sujet à évalué la situation comme angoissante, cette évaluation se fait en deux temps ; une évaluation primaire ; et une évaluation secondaire, cette évaluation est sous la dépendance de nombreux facteurs liés aussi bien à l'individu qu'à la situation, ainsi il existe de nombreuses stratégies à visée cognitive destinées à modifier tous les processus cognitifs inadaptés qui peuvent se manifester aux divers stades de l'évaluation et donc, conduire à la réponse anxieuse, et dans le déroulement du processus thérapeutique,

Un certain nombre de caractéristiques ont en commun : le sujet prend conscience de ses pensées automatiques et de ses interprétations, ensuite il apprend à faire la différence entre celles reposant sur des bases objectives, subjectives. L'étape suivante consiste pour le sujet à adopter et à pratiquer

des réponses comportementales et cognitives nouvelle pour affronter les facteurs anxiogènes. (Palazola 2007, P, 69_70)

➤ **Le changement des comportements :** les principales stratégies utilisées associent un programme de gestion du temps et un entraînement à l'affirmation de soi, la méthode d'entraînement à l'affirmation de soi la plus utilisé se fait sous forme de jeux de rôle, en confrontant le sujet aux situations problématiques, la procédure est la suivante :

- Une situation donnée est jouée par le patient il le ferait dans la vie réelle
- La scène terminée est commenté par le praticien

La scène est rejouée en tenant compte des remarques formulées, les séquences scène joue-commentaires est reprise autant de fois que nécessaire. (Palazola 2007 P, 70)

11.2. La prise en charge médicamenteuse :

- **Les benzodiazépines :** sont un groupes de médicaments fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux ces médicaments jouent en quelque sorte un rôle facilitateur pour l'action d'inhibition, leur effet indésirable principal est somnolence. (Ibid. P. 71)
- **Lhydroxyzine (Atarax) :** indiqué dans le traitement de l'anxiété utilisés en prémédication sédatrice (anesthésie, examens para clinique, anxiogène), il est également prescrite en allergologie dans le traitement des rhinites spasmodique, de l'urticaire ou de la conjonctivite. (Palazola, 2007, P. 73)
- **La buspirone (buspar) :** indiqué dans le traitement de l'anxiété généralisé, elle ne provoque pas d'accoutumance, et le traitement peut être interrompu sans provoquer de symptômes de sevrage, ce médicaments est généralement bien toléré. (Ibid, P. 73)

- **Létifoxine (stresam) :** indiqué dans les manifestations somatiques de l'anxiété, principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardiovasculaire, elle n'entraîne pas de dépendance, ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. (ibid. P. 73)
- **Les carbamates (Equanil) :** ils sont à la fois anxiolytiques, sédatifs et myorelaxantes.
- **Les antidépresseurs tricycliques :** certains sont efficaces dans les traitements des attaques de panique, ont besoins généralement de deux ou trois semaines pour faire leur effet, malheureusement, il comprend de nombreuses effets secondaires. (Palazola 2007 P. 74)
- **Les bétabloquants :** sont utilisés pour réduire certains symptômes physiques de l'anxiété comme la tachycardie, transpirations et les tremblements et pour contrôler l'anxiété dans les situations de stress social, elles réduisent la tension artérielle et ralentissent les pulsations cardiaque. (ibid, P. 74)
- **Autres médicaments :** tel que les antipsychiatriques ou les autres neuroleptiques sédatifs (à faible dose) sont utilisés dans le traitement de l'anxiété sévère. (ibid, p. 74)

La conclusion du chapitre :

De ce qui précède, nous concluons que l'anxiété avec ses différents types et symptômes reste un état psychologique négatif, qui affecte la personne et touche son intégrité physique et le fait vivre dans un cycle fermé sur lui-même pendant, l'espoir et le goût de la vie.

Tous cela impose à l'individu s'il veut guérir, de suivre différents moyens de traitement, que ce soit médicamenteux, psychothérapeutique, thérapie comportementale et cognitive, ce n'est que de cette manière que l'individu peut sortir de cette spirale.

Chapitre III :
Méthodologie de la recherche

Chapitre III : Méthodologique de la recherche

Préambule

1. La méthode de recherche.
2. Présentation du lieu de recherche.
3. La présentation du groupe d'étude.
4. La présentation des techniques de la recherche.

Conclusion.

Préambule :

Dans ce chapitre, on va présenter les différentes méthodes et techniques qu'on a utilisées pour effectuer notre recherche ainsi que le terrain, la population d'étude et les outils de recherche.

1. Les méthodes de la recherche :**1.1. Définition de la méthode :**

Tout d'abord la méthode de la recherche est un ensemble des règles ou de procédés pour atteindre un objectif.

Une méthode est une démarche complète issue des objectifs d'une étude particulière et qui organise toutes les étapes de la recherche depuis les énoncés des hypothèses jusqu'à leur vérification. (Chahraoui. & Benony, 2003, P.139).

1.2.La pré-enquête :

Elle fait partie des premières étapes d'élaboration d'un travail de recherche, elle consiste à définir le lien entre le cadre conceptuel et les faits réels. Afin de bien cerner l'objet de notre étude et valider notre question de recherche et d'en tirer les hypothèses opérationnelles, et de mieux maîtriser la passation des tests nous avons effectué notre pré-enquête au sein du service de cardiologie CHU Mostapha Bacha à Alger, on a fait cette pré-enquête dans le but de recueillir des informations sur le thème de notre recherche, avoir des idées sur la construction de notre question et s'assurer que notre population d'étude existe sur le terrain .

1.3. La démarche utilisée :

➤ La méthode clinique :

Afin de vérifier et de répondre à nos hypothèses de notre thème de recherche, on s'est basés sur la démarche clinique qui sous-tend un ensemble de techniques et outils utilisés par le psychologue clinicien qui permettent de faire apparaître les éléments saillants de la problématique.

La démarche clinique a une rigueur particulière car elle prend en compte la complexité de l'objet d'étude et le fonctionnement psychologique de l'individu dans ces dimensions implicites objectives, subjectives, et la complexité de la rencontre. (Chahraoui, Benony, 2003, p.09).

L'objectif de la démarche clinique est de comprendre l'état psychique de l'individu à partir de son histoire arrivant à ses relations actuelles. On s'est basé sur la méthode descriptive, l'intervention en milieu naturel qui tente de donner une image précise d'un phénomène de cause à effet, comme c'est le cas dans la méthode expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois décrire la relation qui existe entre ses composantes. (Chahraoui, Benony, 2003, P.12).

La méthode clinique devra définir son hypothèse de recherche, ses outils méthodologiques, l'échantillon qu'il aura sélectionné. (Castarede, 2003, P.93).

➤ La méthode descriptive :

Les chercheurs en psychologie clinique font principalement appel à la méthode descriptive (étude de cas, observation systématique ou naturaliste). Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet,

comme c'est le cas dans la démarche expérimentale. (Chahraoui et Benony, 2003, P 125).

➤ **L'étude de cas :**

On se base d'avantage sur l'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive, elle consiste à une observation approfondie d'un individu ou de groupe d'individus. Nous avons fait appelle à l'étude de cas afin de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances actuelles et celles du passé (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense etc. ...). L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet d'un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveau d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événement présents et passée. (Chahraoui, Benony, 2003. P. 126).

L'avantage de l'étude de cas comme méthode de recherche est qu'elle permet de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant en compte différentes démentions. (Chahraoui, Benony, 2003, P. 127).

2. Présentation du lieu de recherche :

Plusieurs gouverneurs de la régence d'Alger ont porté le nom et titre de « Mustapha Bacha » ; il s'agit ici de celui qui fut Dey de 1798 à 1805, l'hôpital ayant été bâti sur des terrains appartenant à ses descendants, dans la commune alors appelée Moustapha :

« Les jardins font partie d'un vaste ensemble couvrant toute la colline coiffée aujourd'hui par ce bel édifice qu'est le palais du Peuple et qui appartient aux héritiers du dey Mustapha Pacha (1798-1805) ».

CHU Mustapha Bacha d'Alger (Algérie), fondé en 1854 a connu des rénovations des équipements et des infrastructures en place. Certains services, tels que l'ORL et la cardiologie, ont subi des transformations remarquables pour s'adapter aux nouvelles technologies. L'hôpital dispose aussi de grands services de formation et de recherche. Le CHU s'est doté d'un centre écologique de traitement des déchets hospitaliers très moderne.

3. La présentation du groupe d'étude : Pour élaborer cette recherche, on a choisi 06 cas entre femme et homme qui souffre d'insuffisance cardiaque, ils ont entre 45 et 65 ans, et ils sont issus de différentes catégories sociales.

Tableau N° 4 : les caractéristiques des cas de notre recherche.

Prénom	Age	État matrimoniale	Profession	Nombre D'hospitalisation	L'année D'apparition de La maladie
Safia	62 ans	Mariée	Retraitée	02	2015
Nadjwa	50 ans	célibataire	Retraitée	Plus de trois fois	Des la Naissance
Farid	48 ans	marié	Chauffeur du bus	03	1985
Malika	60 ans	Veuve	retraitée	Plus de trois fois	2005
Mohemmed	63 ans	Marié	Retraité	Plus de trois fois	2000
Hadda	58 ans	Célibataire	Retraitée	Plus de trois fois	Des la naissance

3.1. Les critères du groupe de la recherche :

La sélection des cas de notre étude dépend d'un certain nombre de critères :

Les cas doivent être des adultes âgés entre 45 et 65 ans.

➤ **Le sujet atteint d'insuffisance cardiaque :**

Sont tous des cas qui sont presque souvent hospitalisés.

3.2. Les critères non pertinents pour la sélection de nos cas :

- Le niveau intellectuel :

Le niveau intellectuel de nos cas varie, on n'a pas limité un certain niveau

- La période de la maladie

L'âge de la première déclaration de la maladie est différent selon nos cas.

- La situation familiale :

La situation familiale de ces sujets est déférente.

4. La présentation des techniques de recherche utilisée :**4.1. L'entretien de recherche :**

L'entretien est une méthode de recueil des informations qui caractérisé par un contact directe entre le chercheure et ses interlocuteurs et par une faible directivité de sa part. L'entretient clinique est un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations relatives au but fixé. (Grawitz, 2001, P.644).

L'entretien clinique est un outil de prédilection de la phase exploration d'une enquête, c'est un processus exploratoire qui contient une possibilité permanente de déplacement de questionnement et permet le processus de vérification continue et de reformulation d'hypothèse (Gotman A, 2007, p.39).

L'entretien clinique est une relation de soin ou d'aide suite à la demande du patient, c'est une communication entre deux interlocuteurs. Son but est de diagnostic dans la mesure où il permet de repérer les symptômes puis de les classer, de les discuter et de permettre la connaissance du fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. (Chahraoui, et Benony, 2003, P32).

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

- D'aide ou de soin psychologique ;
- De diagnostic ou dévaluation psychologique ;
- De recherche clinique. (Benony et Chahraoui, 1999,P13)

Il existe trois type d'entretien clinique qui sont : l'entretien directif, l'entretien non directif, et l'entretien semi-directif et ce dernier est beaucoup plus approprié à notre étude.

➤ **L'entretien semi-directif :**

Vu la qualité des informations recherchées, nous avons opté pour l'entretien semi-directif de recherche pour donner plus de liberté aux sujets interrogés, ce dernier se définit comme une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'un individu ou un groupe de personne qui permet de les interroger d'une façon plus libre en vue de contrôler des informations.

Il favorise l'expression libre associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises par lesquelles l'examineur souhaite une réponse. (Chahraoui, Benony, 2003, P.32).

L'entretien semi-directif est un entretien qui répond à nos objectifs, ainsi, il se définit comme suit : « un compromis entre l'entretien directif et l'entretien non directif, il rend de grand services dans la recherche lorsqu'il faut comparer les d'un échantillon représentatif. (Castarede, 2003, P.93)

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posés de manière hiérarchisée ni ordonnée.

➤ **Le guide d'entretien :**

Il s'agit d'un ensemble de question par lesquels le clinicien-chercheur s'appuie pour favoriser un discours d'un sujet pour obtenir les informations recherchées.

Notre guide d'entretien il se base sur les axes suivant :

Axe N° 1 : informations personnelles.

Axe N° 2 : les données somatiques.

Axe N°3 : état psychologique et anxiété des patients souffrent d'insuffisance cardiaque.

Axe N°4 : relation familiale et environnementale

Pour le guide d'entretien complet, on renvoie le lecteur à l'annexe n°1.

4.2.Présentation de l'échelle d'anxiété de spielberger : (voir l'annexe 2).

Inventaire d'anxiété État-trait :

Notre choix s'est porté sur cette échelle pour la raison que cette dernière permet une opérationnalité pratique de notre objet de recherche, et en plus de recueillir des données importante pour nos études de cas.

L'inventaire d'anxiété état-trait est l'adaptation du State trait anxiety inventory forme Y, il est destiné à évaluer d'une part l'anxiété trait et d'autre part l'anxiété. L'anxiété état se rapporte à l'anxiété ressentie à un moment particulier.

Il permet d'identifié les sujets anxieux au sein de dévers groupes, il a été largement utilisé dans l'étude de l'effet de l'anxiété sur les performances, la manière et dans des groupes de sujets hospitalisés pour déférentes maladies. (Bouvard, Cotteraux, 2002, p.97, 98).

Le concept anxiété-Trait et anxiété-État ont été introduits par Cattell puis approfondie par Spielberger, l'évaluation de l'anxiété en tant que trait de personnalité (sentiment d'appréhension, de tension, de nivosité et d'inquiétude que le sujet ressent habituellement), et de l'anxiété en tant qu'état émotionnel lié a une situation particulière (sentiment sentiment d'appréhension, de tension, de nervosité et d'inquiétude que le sujet ressent a un moment précis. Selon spielberger 1993 : « l'échelle d'anxiété-E comprend vingt propositions qui permettent de savoir ce que les sujets ressentent « à l'instant, juste en ce moment ».

« Il permet d'évaluer les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude, les scores AE s'élèvent face à un danger physique ou à un stress psychologique et diminuent en réponse à une séance de relaxation »

Nous avons utilisé seulement la forme Y-A de l'inventaire d'anxiété État-Trait de C.D. Spielberger et Al (échelle de Spielberger pour la mesure de l'anxiété en situation d'hospitalisation qui permet d'évaluer les sentiments d'appréhensions, de tension, la nervosité et l'inquiétude.

Il existe de nombreuses traductions (italienne, norvégienne, portugaise, espagnole...) dont l'adaptation Française de Bruchon-Schweitzer et Paulhan (Spielberger, 1993) et l'adaptation canadienne de Gauthier et Bouchard (1993).

➤ **La correction de l'échelle d'anxiété :**

Chaque réponse à un item de l'État-Trait correspond à un score de 1 à 4, 1 indiquant le degré le plus faible d'anxiété, 4 le degré le plus fort. En plaçant le corrigé sur la page correspondante, on repère pour chaque item, à droite, 1 point entouré d'un cercle par le sujet. On aligne soigneusement le corrigé à côté des items. Il y a deux cas :

- Si le corrigé indique 1 2 3 4, il s'agit d'un item exprimant la présence d'anxiété (ex : j'ai peur). Le sujet ayant entouré à droite l'un des quatre points (...), on comptera un score de 1 (si le premier point est entouré), ou de 2 (deuxième point), ou de 4 (quatrième point) conformément à la ligne correspondante du corrigé. Le correcteur écrit ce score dans le cercle tracé par le sujet.
- Si le corrigé indique 4 3 2 1, il s'agit d'un item exprimant l'absence d'anxiété (ex : je me sens calme). Conformément à la ligne correspondante du corrigé, on écrira 4 (si le cercle tracé par le sujet entouré le premier point), ou 3 (deuxième point), ou 2 (troisième), ou 1 (quatrième) dans le cercle tracé par le sujet.
 - Items exprimant la présence d'anxiété-E : 3 _ 4 _ 6 _ 7 _ 9 _ 12 _ 13 _
14 _ 17 _ 18

- Items exprimant l'absence d'anxiété : 1_ 2 _5 _8_ 10_ 11_ 15_ 16_19_ 20

Pour faciliter l'interprétation, on peut classer des notes comme suit :

Calcul du total :

- ✓ Pour les lignes indiquées par, la réponse « non » est cotée 4, plutôt non = 3, plutôt oui = 2 et oui = 1.
- ✓ Pour les lignes indiquées par, le « non » est coté 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4.

La note totale varie donc de 20 à 80.

Interprétation :

En dessous de 35 : Votre niveau d'anxiété est minimal : vous êtes de nature sereine.

De 36 à 45 : Votre niveau d'anxiété est faible.

De 46 à 55 : Votre niveau d'anxiété est modéré, il pourra être utile de le prendre en charge afin de vivre de façon plus détendue. Le manuel Relaxation et principes d'équilibre associé au manuel Confiance et apaisement vous seront certainement utiles.

De 56 à 65 : Votre niveau d'anxiété est élevé, important, et l'aide complémentaire d'un professionnel se révélera très utile afin de vous aider à progresser ou à traverser ce mauvais passage.

Au-dessus de 66 : Votre niveau d'anxiété est très élevé. Nous vous conseillons de consulter rapidement votre médecin traitant afin de chercher avec lui la meilleure solution pour passer ce cap. Il vous proposera peut-être une aide médicamenteuse temporaire.

Conclusion du chapitre :

Tout travail de recherche exige de suivre une méthode et quelques règles et techniques de recherche qui sont des étapes très importantes pour une meilleure organisation et planification d'un travail de recherche.

La population ciblée est celle des personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque éprouvant de l'anxiété, en ce qui concerne la collecte des données on a utilisé l'entretien clinique, l'entretien semi-directif et l'échelle d'anxiété de Spielberger C.D afin d'arriver aux objectifs de cette recherche.

Partie pratique

Chapitre IV :
Présentation des cas, analyse
et interprétation des résultats

La partie pratique

Chapitre IV :

Préambule

1. Présentation des cas, et analyse des entretiens et de l'échelle de l'anxiété et l'interprétation des résultats :

1.1. Cas de Safia

1.2. Cas de Nadjwa

1.3. Cas de Farid

1.4. Cas de Malika

1.5. Cas de Mohammed

1.6. Cas de Hadda

2. Conclusion générale des résultats de l'étude

Discussion des hypothèses

Préambule :

Dans cette partie de notre travail, nous allons faire l'interprétation et l'analyse des résultats de l'entretien et l'échelle d'anxiété dans le but de confirmer ou d'infirmier des hypothèses émises au début de notre travail.

1 . Présentation et analyse des entretiens et de l'échelle de l'anxiété :

1.1. Cas de Safia :

1.1.1. présentation du cas :

Mme Safia, âgée de 62 ans, mariée, mère d' un enfant adopté, safia retraitée anciennement employée à la banque, niveau scolaire bac plus deux , maladie connue insuffisance cardiaque, actuellement hospitalisée sous traitements médicamenteux , elle à eu des antécédents médicaux pour la thyroïde.la maladie a été décelée lors d'une consultation médicale . Safia, n'a pas subit d'intervention chirurgicale et l'insuffisance cardiaque ne figure pas dans les antécédents familiales de la patiente.

Parmis les symptômes ressentis par safia : les palpitations et le manque de souffle.

L'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif :

Pendant l'entretien, on a remarqué que Mme Safia était triste et nerveuse, trop fatiguée de son état, ainsi elle manifeste une grande inquiétude. Et c'est remarqué dans ses mimiques.

Durant l'entretient on a appris que son fils qu'elle avait adoptée a une déficience mentale cela l'a beaucoup perturbée pendant toute les périodes d'hospitalisation car elle est dans l'incapacité de gérée les deux situations (sa maladie et l'état de son fils).

On a constaté, on effet, quelque signes qui traduisent l'anxiété dans ses réponses dit : « rani khayfa w hazina », « j'ai peur et je suis stressée » au même

temps safia déclare les larmes aux yeux « nhas belli manaqdarch nwalli kima kont w nathalla f wlidi », « je me sens incapable de revenir a ma vie ordinaire et de s'occuper de mon fils ». Continue safia « mawalitch nahmal ; rani 3iyana, klli khlaset 3liya », « je ne support pas maintenant, je suis fatiguée, comme si c'est la fin du monde pour moi... » Ce qui montre un désespoir et que sa vie n'est plus comme avant, elle est totalement changée vers le pire.

Cela exprime que la maladie de safia lui cause beaucoup de mal au plan somatique, son corps est souvent fatigué comme lui provoque une peine, elle sent gênée de l'hôpital et de toutes les appareilles et médicaments qu'elle suit « kraht dwa w sbitarat » ; « je ne supporte pas de voire le matériel médicale ainsi que les traitements, prise de sang et surtout le manque de confort ».

Concernant le sommeil safia déclare que son sommeil est perturbé « kont nakol dwa ta3 rqad », « j'ai été mis sous traitement anxiolytique pour que je puisse dormir ».

Safia elle a de bonnes relations avec son environnement ainsi avec son mari et cela illustré dans sa réponse « hamdolillah rajli w khti qaymin biya », « ma famille et surtout mon mari m'ont beaucoup aidé a se tiens toujours debout face aux difficultés de ma maladie ». Comme on a remarqué la générosité de sa sœur qu'est toujours là a ses cotés pour s'occupe d'elle.

Safia parle de son avenir « inchallah nwelli ki zman w nawqaf 3la dari w wlidi » , « je souhaite de rester auprès de ma famille et s'occuper à nouveau de mon fils adopté pour l'encourager et avoir une bonne situation au future ».

1.1.2. l'analyse des données de l'échelle d'anxiété-E

Pour remplir l'échelle safia a mit environ 16 mn et d'après les résultats on a constaté qu'il s'agit d'une anxiété très élevé avec une note T= 76 sur 80(le score max que le sujet peut obtenir) Au dessus de 66

- Dans les items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1 2 3 4 Safia a répondu comme suite :
- Dans les items 4, 13, a répondu par plutôt non qui compte un score de 2
 - Dans les items 6, 7, 12,18 a répondu par Plutôt Oui qui compte un score de 3
 - Dans les items 3, 9, 14, 17, a répondu par Oui qui compte un score de 4

Le total est 32

- Dans les items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4 3 2 1 Safia a répondu comme suite :
- Dans les items 1, 5, 11, 16, 19, 20, a répondu par Non qui compte un score de 4
 - Dans les items 2, 8,15, a répondu par plutôt Non qui compte un score de 3
 - Dans les items 10 a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 2

Le total des items exprimant l'absence d'anxiété est de 44

On conclut que le total de 76 sur 80 exprime la présence d'anxiété le plus élevé chez Mme Safia, on constate que la majorité des scores se trouvent très élevés. Ceci-dit que plusieurs signes montrent le cas anxieux chez le sujet.

On trouve deux items qui comptent un score de (2), quatre qui comptent un score de (3), et quatre qui comptent un score de (4). Ce qui indique la position négative du sujet par rapport à l'idée d'avoir complètement ratée sa vie, ces items portent sur la tristesse et la perte d'énergie. Ainsi les items N° 1, 5, 11, 16, 19 et 20 qui comptent un score de (4), ou le sujet manifeste clairement une

anxiété intense et c'est t'exprimé dans ces apparences et ses mimiques(difficulté à se concentrer).

Les items N° 2, 8, 15 qui comptent un score de (3), représente un peu le sentiment du pessimisme « je me sens plus découragée qu'avant ».

La conclusion du cas « Safia » :

L'analyse de l'entretien et de l'échelle de l'anxiété de SPIELBERGER et AL indiquent que le sujet souffre d'une anxiété le plus élevée, et ça revient aux résultats de l'échelle par le fait que la majorité des items comptent des réponses qui exprime la présence d'anxiété.

On a déduit que notre sujet a une anxiété, dominé par le stress, l'inquiétude et la fatigue, se centre sur le fait que le sujet manque d'une force physique et psychologique et incapacité de prendre ses responsabilités vis-à-vis de son fils. On peut dire que l'anxiété de Mme Safia se résume à un état d'alerte sur une catastrophe et un désarroi absolue.

1.2. Cas de Nadjwa :

1.2.1. Présentation du cas :

Nadjwa, est une femme de 50 ans, célibataire, niveau d'instruction universitaire, employée dans une entreprise, Souffre d'insuffisance cardiaque dès sa naissance, opérée en 1987 et 2000 pour une valve mitrale. Elle est actuellement hospitalisée comme elle à des antécédents médicaux et sous traitement médicamenteux de goitre et d'insuffisance cardiaque, aucun effet indésirable concernant le traitement administré.

La fatigue, le gonflement des jambes et les difficultés respiratoires apparaissent parmi les premiers et principaux symptômes, Nadjwa s'est présentée en état de fatigabilité très augmentée, cette dernière est devenue fréquente chez elle.

Nadjwa n'est pas la seule à être atteinte de cette maladie dans sa famille.

1.2.2. L'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif :

Pendant l'entretien on a remarqué que Mme Nadjwa est une femme motivante, d'après ces paroles « je suis une femme motivante », elle nous a accueillie avec une bonne humeur, elle est très aimable, ainsi une personne qui aime la vie. pendant tout l'entretien elle se présente comme calme, elle nous a répondu en français.

Observablement trouve que les signes d'anxiété sont quasiment absents, par contre l'anxiété est révélé par sa parole « j'ai peur de ne pas sortir de l'hôpital dans le plus vite possible ».

Nadjwa nous a déclarait que sa souffrance augmente de temps en temps avec sa phobie des endroits fermés. : « J'ai peur d'aller au toilette et de faire ma douche dans les place étroites et fermée.

Sur le plan de son humeur on trouve d'après ce qu'elle a dit que sa maladie n'a pas d'influence sur elle « je me sens bien, je me sens bien et je ne suis pas gênée par la maladie, sauf qu'elle me provoque quand même une peine de temps en temps , mais je l'admette courageusement » d'une mimique qui parait convaincue de ce qu'elle est entrain de dire. A part ces signes, dans l'ensemble elle manifeste une sorte d'acceptation de sa maladie.

Le sommeil de Nadia est de bonne qualité sauf qu'il se caractérise par des difficultés d'endormissement à cause les symptômes de sa maladie de temps en temps. D'après elle ; ses relations avec sont entourage vont bien, elle nous a affirmée qu'elle a de très bons liens avec sa famille, d'ailleurs elle a le soutien de sa mère, de ses proches mais beaucoup plus de ses sœur qui lui rendent visite régulièrement malgré la distance

1.2.3. L'analyse des données de l'échelle d'anxiété-E :

Pour remplir l'échelle, Nadia a mit environ 7 mn et d'après les résultats on a constaté que Mme Nadia a un niveau d'anxiété minimal avec une note T= 34 sur 80(le score max que le sujet peut obtenir)

➤ Dans les items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1 2 3 4 Nadia a répondu comme suite :

- Dans les items 3, 9, 12, 13, 14, 18, le sujet a répondu par Non qui compte un score de 1 ;
- Dans les items 17, elle a répondu par plutôt non qui compte un score de 2 ;
- Dans les items 4, 6,7, elle a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 3.

Le total est 17.

➤ Dans les items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4 3 2 1 Nadjwa a répondu comme suit :

- Dans les items 10,19, elle a répondu par plutôt non qui compte un score de 3 ;
- Dans les items 1, 5, 20, elle a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 2 ;
- Dans les items 2, 8, 11, 15,16, elle a répondu par plutôt Non qui compte un score de 1 ;
- Le total des items exprimant l'absence d'anxiété est de 17

On voit que le total de 34 sur 80 ne manifeste pas la présence d'anxiété chez le sujet. La majorité des items montre des signes indicateurs sur la légèreté de l'anxiété chez le sujet par rapport à son bon humeur en relation avec sa maladie.

On a remarqué que Nadjwa a l'air calme et sage pendant la passation de l'échelle.

L'amour de soi qu'on a remarqué chez Nadjwa est un bon indicateur qui exprime la stabilité psychique et qu'elle vit en harmonie avec sa maladie.

Conclusion du cas de Nadjwa :

L'analyse de l'entretien et de l'échelle indique que l'anxiété de notre sujet est minimale, elle est de nature sereine. Ce ci se traduit par son fort estime de soi et le raisonnement positif qu'elle possède, cela contribuent à surmonter et a dépassé les difficultés de sa maladie.

Le soutien de la famille et la résistance accordent au sujet une plus grande confiance, et une forte personnalité.

1.3. Cas de Farid :

1.3.1. Présentation du cas :

Farid, 48 ans marié, père de 5 enfants. Il a un niveau moyen, il était chauffeur de bus, depuis environ six années Farid n'exerce aucune activité due à un problème de santé depuis son enfance, ce problème se caractérise par une insuffisance cardiaque.

En effet Farid a subi à l'âge de 15 ans une intervention chirurgicale au niveau du cœur, depuis, son état de santé est fragile. En 2008 il a subi une seconde intervention encore au niveau du cœur.

Les symptômes ressentis sont les battements rapides du cœur, nausées et état de fibrille général, aucun effet indésirable remarqué de traitement administré, et pas de problème de sommeil.

Farid n'est pas le seul à être atteint de cette maladie, ses cousins aussi.

1.3.2. L'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif :

Farid s'est présenté avec une participation active, un jeune père qui aime la vie, une personne vivante et ouverte d'esprit, il était collaboratif durant l'entretien, et heureux de nous recevoir.

Sur sa maladie, Farid nous dit « melli mradht bhad lmardh, wellit na3ya, w nhas qalbi yakhbat bezzaf », « depuis que je souffre de cette maladie, je me sens fatigué, je respire difficilement et je sens surtout les battements de mon cœur » ceci fait preuve de l'impact de la maladie sur sa vie quotidienne, on a remarqué aussi que Farid était un peu anxieux car il souffre de l'éloignement de sa famille qu'il aime beaucoup.

Farid est très inquiet pour l'avenir car il s'occupe de sa mère et de sa propre famille. Depuis sa maladie Farid a remarqué que la qualité de vie a diminué par rapport au fait de ne plus exercer d'activité, il aimerait reprendre son activité de chauffeur afin de gagner sa vie correctement. On a remarqué que Farid est très proche de sa mère, celle-ci l'aide souvent et financièrement étant donné que son père est décédé, il est très proche d'elle « twahacht lamima bezzaf, rani hab nchofha », « ma mère me manque beaucoup, et vraiment j'ai besoin de sa présence », il se sent inférieur du fait de ne plus travaillé pour faire vivre sa famille, et que la situation à l'avenir risque de s'aggraver déclare Farid : « manaqdarch nakhdam 3la l3ayla dyali, w narfad lmas-oliya 3lihom », « je me sens incapable de reprendre mes responsabilités vis-à-vis ma famille » avec des larmes au yeux. Farid très croyant, la religion a une place importante dans sa vie pour surmonter les difficultés et pour vivre avec sa maladie, ainsi l'équilibre de sa famille et les bons résultats scolaires de ses enfants l'encourage à se battre.

1.3.3. L'analyse des données de l'échelle d'anxiété-E :

Pour remplir l'échelle, Farid a mit 10 mn d'après les résultats on a constaté que Mr Farid a un niveau d'anxiété faible avec une note T= 30 sur 80(le score max que le sujet peut obtenir) Au dessus de 66

Dans les items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1 2 3 4 Farid a répondu comme suite :

- Dans les items 7, 12, 13, 14 a répondu par Non qui compte un score de 1
 - Dans les items 18 a répondu par plutôt Non qui compte un score de 2
 - Dans les items 9,6, 17 a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 3
 - Dans les items 3 ,4 a répondu par Oui qui compte un score de 4
- Le total est 23

Dans les items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4 3 2 1 Farid a répondu comme suite :

- Dans les items 5 a répondu par Plutôt non qui compte un score de 3
 - Dans les items 8, 10, 19, 15 a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 2
 - Dans les items 1, 2, 11, 16, 20 a répondu par Oui qui compte un score de 1
- Le total est 16

On conclu que le total de 39 sur 80 exprime une présence d'anxiété faible chez le sujet.

Conclusion du cas de Farid :

D'après l'analyse de l'entretien et de l'échelle, on déduit que Farid manifeste une anxiété faible et une inquiétude envers son état physique, car le score des items exprimant la présence de l'anxiété.

Son anxiété se focalise autour de la fatigue et le manque d'énergie que lui cause sa maladie qui lui est une entrave pour son travail en raison qu'il est père d'une famille.

Les signes indicateurs de l'anxiété chez Farid est l'attitude critique envers soi, se centre sur le fait que le sujet est manqué d'une force physique et d'une incapacité de prendre des responsabilités. Il se sent dévalorisé.

Farid est pour une cure psychologique, il aime bien l'idée d'être entendu et écouté par un psy.

1.4. Cas de Malika :

1.4.1. Présentation du cas :

Malika 60 ans, veuve depuis l'année 1989, mère de trois filles, niveau scolaire bac, retraitée.

Maladie connue insuffisance cardiaque découverte après la mort de son époux, pendant son activité professionnelle, le médecin de travail avait découvert sa pathologie celui-ci lui recommandé en urgence au service de cardiologie.

Pendant son activité professionnelle elle ressentit des douleurs à la poitrine, manque de souffle, palpitation, trouble de rythme.

Elle n'a pas subi d'intervention chirurgicale, mais elle est souvent hospitalisée, pas d'effet indésirable connu, sa maladie n'est pas reconnue dans sa famille.

1.4.2. L'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif :

Malika est une femme très cultivée, belle et coquette, elle était calme pendant tout l'entretien, elle a répondu à nos questions malgré qu'elle nous semblait d'emblée stressée et souffrante.

Malika parle de sa maladie comme étant un handicap « aqlin 3yigh almi dayen, mizragh, tura aqlin tamghart, ifaden-iw rzen », « je suis au sommet de la souffrance, comme je me sens tout le temps fatiguée, je suis maintenant vieille, mes forces ont presque disparu » on constate ici que l'anxiété de malika focalise autour de son âge avancé et l'incapacité physique qui ne peut pas s'adapter avec la maladie.

Malika est inquiète, rumine tout le temps des pensées liées à sa pathologie, et surtout à son opération qu'il investit avec beaucoup d'anxiété par rapport à son état physique « gudhagh adrohagh frança wa d khadmagh l'opération ur detankaregh ara », « peur de ne pas réveiller après l'opération et de mon déplacement en France »

Elle n'a pas de trouble de sommeil sauf de temps en temps à cause des douleurs à la poitrine qui l'empêche de dormir correctement, Malika nous informe que « ur s3ighara yir tirga », « je ne fait pas de cauchemars ».

Concernant sa situation familiale, il s'agit d'une famille dont elle est fière, on comprend que c'est une source positive pour elle.

En parlant de son avenir, Malika souhaite d'être guérie pour rentrée chez sa famille.

1.4.3. L'analyse des données de l'échelle d'anxiété-E

Pour remplir l'échelle, Malika a mis 15 mn et d'après les résultats on a constaté que M^m Malika a un niveau d'anxiété modéré il pourra être utile de le prendre en charge avec une note T= 50 sur 80 (le score max que le sujet peut obtenir)

Dans les items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1 2 3 4 Malika a répondu comme suite :

- Dans les items 12, 13, 14 a répondu par Non qui compte un score de 1
- Dans les items 2, 17 a répondu par plutôt Non qui compte un score de 2
- Dans les items 3, 6, 18 a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 3
- Dans les items 7, 9 a répondu par Oui qui compte un score de 4

Le total des items exprimant la présence d'anxiété est de 24

Dans les items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4 3 2 1 Malika a répondu comme suite :

- Dans les items 16 a répondu par non qui compte un score de 4
- Dans les items 1, 5, 8, 10 a répondu par Plutôt non qui compte un score de 3
- Dans les items 2, 11, 15, 19, 20 a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 2

Le total des items exprimant l'absence d'anxiété est de 26.

On conclut que le total de 50 sur 80 exprime la présence d'anxiété modéré chez le sujet.

il pourra être utile de la prendre en charge psychologiquement afin de vivre de façon plus détendue.

Conclusion du ca de Malika :

L'analyse de l'entretien et de l'échelle indique que le sujet souffre d'une anxiété modéré, car la note totale de 5 varie entre 46 et 55.

Le centre d'anxiété manifestés par le sujet est lié a l'inquiétude de son état et sa situation d'hospitalisation au plus tard en France.

1.5. Cas de Mohamed :

1.5.1. Présentation du cas :

Mohamed est âgé de 63 ans, marié, père de sept enfants, pas de niveau d'instructions secondaire, anciennement commerçant, Mohamed souffre d'insuffisance cardiaque, il a découvert sa maladie en 1990. Sous traitement médicamenteux, plus les traitements d'autres maladies : diabète, la tension, la thyroïde, l'arthrose, hernie d'escale.

Mohamed n'est pas le seule à être atteint de cette maladie dans la famille, il suit un régime alimentaire adéquat, ses relation avec son entourage vont bien, d'après lui ses relations positives sont bénéfique pour surmonter ses maladies.

1.5.2. L'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif :

Mr Mohamed s'est montré très coopératif a l'appel de l'entretien et semble sincère de ce qu'il énonce, le patient n'a pas manifesté des signes particuliers qui marquent l'anxiété sauf au moment grave de la maladie « thussugh 3yagh mlih, fabligh, targigigh merra », « je me sens fortement fatigué sans rien faire, je me sens faible et j'ai des vertiges ».

Au cours de l'entretien, Mohamed nous raconte avoir subit un arrêt cardiaque en 2014 « salkagh seg lmut, le massage n yijet n tmatuth ayisalken »,

« j'ai survécu grâce au massage cardiaque d'une dame », depuis cette intervention risqué et lourde, Mohamed se porte bien malgré plusieurs hospitalisations et quelques difficultés physique, déclare Mohamed « zragh belli damtun, am nek am imgharen, mais ur tangarka dunit, akhadmagh attention dayen » , « je sais que je suis malade, comme tous les vieux, mais ce n'est pas la fin du monde, je dois faire attention et puis c'est tout ».d'après ce qu'il a dit on constate que le facteur de l'âge joue un rôle aussi considérable.

On remarque aussi un autre signe indicateur de l'anxiété chez le sujet qui est la sensibilité il a dit : « segasmi smatnagh s uliw, qlagh ur hamalaghra la pression, chittuh ahizagh » , « depuis que je suis atteint du cette maladie je suis devenu sensible, je ne supporte pas beaucoup de pression maintenant »

Mohamed souffre de difficultés de marche due a l'arthrose et a une hernie discal, sa crainte aujourd'hui est de ne plus pouvoir marcher, une opération chirurgicale est au discussion avec le service orthopédique mais plusieurs facteurs rentre dans la décision et le facteur principale est l'état de son cœur pendant l'opération, cela le stress beaucoup car la décision est importante pour sa qualité de vie dans le future.

Aujourd'hui son autonomie à diminué « inchallah ajjigh , abedagh f tarniw », « j'espère reprendre la marche afin de reprendre la vie d'avant ».

Parlons de sommeil, le sommeil de Mohamed est perturbé de temps en temps c'est par rapport a son état de santé.

1.5.3. L'analyse des données de l'échelle d'anxiété-E

Pour remplir l'échelle, Mohamed a mis 15 mn et d'après les résultats on a constaté que Mr Mohamed a un niveau d'anxiété modéré faible avec une note T= 44 sur 80 (le score max que le sujet peut obtenir)

Dans les items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1 2 3 4 Mohamed a répondu comme suite :

- Dans les items 18 a répondu par Non qui compte un score de 1
- Dans les items 3,7, a répondu par plutôt Non qui compte un score de 2
- Dans les items 4, 9, 12,13, a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 3
- Dans les items 6 a répondu par Oui qui compte un score de 4

Le total est 21

Dans les items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4 3 2 1 Farid a répondu comme suite :

- Dans les items 2,8 ; 15,16 a répondu par Plutôt non qui compte un score de 3
- Dans les items 1, 5, 10,17 a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 2
- Dans les items 11, 19,20 a répondu par Oui qui compte un score de 1

Le total des items exprimant l'absence d'anxiété est de 23

On conclut que le total de 44 sur 80 exprime la présence d'anxiété faible chez le sujet.

Conclusion du cas de Mohamed :

A l'analyse de l'entretien et de l'échelle on déduit que Mohamed manifeste un niveau d'anxiété faible car la note total varié entre 36 et 45.

Mohamed présente une anxiété qui exprime son inquiétude envers son état physique car il souffre de douleurs aiguës sur le plan organique

Son optimisme lui permet d'avoir des plans pour l'avenir il a une vision positive des choses, il nous a confié qu'il veut d'abord guérir.

1.6. Cas de Hadda :

1.6.1. Présentation du cas :

Hadda 58 ans, célibataire, niveau scolaire primaire, femme au foyer, maladie connu : insuffisance cardiaque dès la naissance, sa maladie s'est manifesté d'après elle par : « manaqdarch netnaffas, na3ya bezzaf » ça veut dire : « des difficultés de respiration sévère, la fatigue » , elle est sous traitements. son sommeil est perturbé de temps a autre.

1.6.2. L'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif :

Un cas un peu particulier, car notre entretien avec Hadda s'est réparti en deux séances, dans la première, le sujet s'est montré paniquée, prise de peur à l'idée de répondre aux questions simple, au moindre effort physique Hadda est essoufflée du à son cœur fragile « Imardh dyali 3yani », « ma maladie me souffre », cela manifeste une tristesse par rapport a sa maladie.

Il parait que notre sujet manque de confiance avec une faible estime de soi, elle est dépendante des autres pour accomplir ses activités quotidiennes, la famille s'occupe d'elle d'autant plus qu'elle ne comprend pas facilement toutes les questions et la conversation qu'on mène avec elle, on la sentait peur et

hésitante de tout le monde surtout devant la présence de quelque membre de sa famille, sa peur augmente juste après la rentrés de son frère « khlas, khlas, manaqdarche, khlass », « c'est fini, je peux pas » ici le médecin à remarqué que Hadda avait des palpitation rapide du cœur. L'entretien c'est achevé ainsi.

Le lendemain on a retourné vers la chambre de Hadda, et s'était le hasard de la trouvée toute seule, on reprenait l'entretien, Hadda nous a racontée un peu a propos de sa situation qu'elle souffre de mépris de la part de certains individu de sa famille « nhas rouhi mahgoura men jihat khoaya o marto » , « je me sens que je suis méprisée ainsi opprimée de la part de ma belle sœur et mon frère », on peut considéré ça comme un signe indicateur de malaise psychologique chez la patiente et ça peut être due a la maltraitance qu'elle vie dans sa famille, Hadda déclare : « rani d3ifa o ma naqdarch ndafa3 3la rohi » ; « je me sens faible, incapable de se défendre » , le sujet se sent manqué d'énergie à cause de son état de santé physique et psychique.

1.6.3. L'analyse des données de l'échelle d'anxiété-E

Pour remplir l'échelle, Hadda a mit 15 mn et d'après les résultats on a constaté que Mm Hadda a un niveau d'anxiété élevé faible avec une note T= 56 sur 80(le score max que le sujet peut obtenir)

Dans les items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1 2 3 4 Hadda a répondu comme suite :

- Dans les items 13, 18 a répondu par Non qui compte un score de 1
- Dans les items 12, a répondu par plutôt Non qui compte un score de 2
- Dans les items 17, a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 3
- Dans les items 3, 4, 6, 7 , 9, 14, a répondu par Oui qui compte un score de 4

Le total est 31.

Dans les items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4 3 2 1
Farid a répondu comme suite :

- Dans les items 2, 5, 10, 11, a répondu par Non qui compte un score de 4
 - Dans les items 1, 15, 16 a répondu par Plutôt non qui compte un score de 3
 - Dans les items 8, a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 2
 - Dans les items 19, 20 a répondu par Oui qui compte un score de 1
- Le total est 25

Le total des items exprimant l'absence d'anxiété est 25

Conclusion du cas de Hadda:

A l'analyse de l'entretien et de l'échelle on déduit que Hadda manifeste un niveau d'anxiété élevé car la note total varie entre 56 et 65.

Le sujet à une anxiété élevé, dominé par le stress, souffrance et une immaturité affective due à la dissociation de la famille, son état s'est aggravé suite à sa maladie qui constitue une gêne psychologique et physique pour elle.

2. Discussion des hypothèses :

Notre recherche s'est basé sur trois hypothèses, une principale et deux secondaires, et après avoir analysé nos cas, on a abouti a confirmation l'hypothèse stipulant que « les personnes atteintes d'une insuffisance cardiaques souffrent d'anxiété » et cela d'après l'application du test de SPEILBERGER d'anxiété sur l'ensemble des cas, nous avons conclu que les patients atteints d'une Insuffisance cardiaque souffrent de l'anxiété. En ce qui concerne la deuxième hypothèse qui est « Les personnes atteintes d'IC souffrent d'une

anxiété élevée », elle est infirmée et cela d'après les résultats du test de SPEILBERGER de six cas :

Tableau N°5 : les résultats du test de SPEILBERGER de six cas.

Cas n° 1	Niveau d'anxiété très élevé avec une note totale de 76 sur 80 (au dessus de 66)
Cas n° 2	Niveau d'anxiété est minimal avec une note totale de 34 sur 80 (en dessous de 35)
Cas n° 3	Niveau d'anxiété est faible avec une note totale de 39 sur 80 (de 36 a 45)
Cas n° 4	Niveau d'anxiété est modéré avec une note totale de 50 sur 80 (de 46 a 55)
Cas n° 5	Niveau d'anxiété est faible avec une note totale de 44 sur 80 (de 36 a 45)
Cas n°6	Niveau d'anxiété est élevé avec une note totale de 56 sur 80 (de 56 a 6)

Concernant le cas n° 1 et le cas n°6 qui souffrent d'un niveau d'anxiété élevé et très élevé c'est par rapport aux douleurs aiguës et symptômes médicaux gênants.

Et pour la troisième hypothèse « Le degré de l'anxiété chez les sujets atteints d'une insuffisance cardiaque varie d'une personne à l'autre » on la confirmé, car d'après l'entretien semi directif qu'on a entamé avec nos patients, on a constaté que plusieurs d'entre eux, souffrent d'un degré d'anxiété plus ou moins élevé qui a été manifesté dans leur discours et l'observation de leurs comportements et ainsi dans leurs réponses au questionnaire d'entretien et de l'échelle, comme on a remarqué aussi l'impact de plusieurs facteurs influençant l'apparition et le degré d'anxiété, et qui dépendent d'un malade à l'autre comme le facteur de l'âge : on trouve ça dans les cas n° 1 (Safia : 62 ans), cas n° 4 (Malika : 60ans), cas n°6 (Hadda : 58 ans), la majorité des patients dépassants les cinquantaines on exprimé une anxiété élevée puisque souffrir d'insuffisance

cardiaque est tout d'abord traversée un état de crise au plans psychologique, leurs habitudes de vie et l'image de soi change profondément et aussi par rapport à l'idée de la mort et de la vieillesse.

On a remarqué aussi que le degré de l'anxiété varie selon la situation des patients car l'effet de l'environnement favorable et non favorable qui déroule autour de leur situation familiale, économique, financière et sociale, et la qualité de cette environnement dépend mauvais au bon joue un rôle important dans l'apparition de ce degré.

Pour conclure, les résultats obtenus dans le cadre de notre recherche infirment une seule hypothèse « les personnes atteintes d'IC souffrent d'une anxiété élevée », et confirment deux autres : « les personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque souffrent d'anxiété », « le degré de l'anxiété chez les sujet atteints d'une insuffisance cardiaque varie d'une personne à l'autre », « Ces résultats méritent d'être pris en considération avec un échantillon plus large afin qu'on puisse généraliser les résultats.

Conclusion du chapitre :

D'après l'analyse faite pour chaque cas, on peut conclure, que tout les cas ont évoqué une anxiété que se soit une anxiété minimale, faible, modéré, élevé ou très élevée et cela par rapport a leur situations familiales et sociales dépends aussi de leur qualité de vie ainsi à la gravité de leur maladie chronique.

Nous avons constaté que presque la majorité des cas n'ont pas supporté la situation d'hospitalisation malgré qu'ils étaient bien soutenus par le personne de l'hôpital et par leur entourage, mais leurs maladies leur fait peur, malgré qu'ils sont armés d'espoir et d'optimisme, les incertitudes dominant ces patients. Le sommeil de ces cas est varié de l'un à l'autre.

Conclusion

Conclusion

Conclusion générale :

Pour conclure, on peut dire que même si l'échantillon pris dans notre travail est restreint, les résultats obtenus confirment quelques hypothèses et infirment d'autres. On a constaté l'existence d'un lien fort entre l'insuffisance cardiaque et l'anxiété, c'est-à-dire dans la quasi-totalité des cas étudiés souffrent d'une anxiété. Face à la gravité et la chronicité de leur pathologie, on conclut donc que malgré la spécificité de l'effet psychologique de l'insuffisance cardiaque de chaque patient, il y a des points communs entre eux comme les symptômes de la maladie et leur traitements quotidiens. Par conséquent, nous espérons d'élargir la recherche sur les causes d'atteintes de l'anxiété chez les insuffisances cardiaques.

Après être arrivé au terme de notre analyse, nous avons pu déduire qu'effectivement la rencontre avec le réel de la maladie cardiaque bouleverse la vie du malade, apporte de la détresse, des incertitudes quant à son devenir, de la souffrance physique mais aussi et surtout psychique, tel que l'anxiété, cet état dans lequel vivent quotidiennement les sujets atteints d'une insuffisance cardiaque.

Ce travail est réalisé à base d'une recherche bibliographique, d'un ensemble d'observations constatées sur le terrain d'étude lors de la pré-enquête et des résultats obtenus à partir de la passation des entretiens et l'échelle d'anxiété.

La liste bibliographique

La liste bibliographique :

Les ouvrages :

1. ANGERS. M, (1997), « **Initiation pratique à la méthode des sciences humaines** », Alger, édition casbah.
2. ASSOUN.P, (2006), « **Leçons psychanalytique sur l'angoisse** ». Paris, édition Econoncia.
3. BESSANCON. G, (1993), « **Manuelle de psychopathologie, anxiété, dépression et psychopathologie du corps** », Paris, édition dunod.
4. BOUVARD, COTTERAUX, (2002), « **Protocol et l'échelle d'évaluation en psychiatrie et en psychologie** ». 3^e édition paris, masson
5. BRUCHON SCHWEITZER.M, (2002), « **Psychologie de la santé** », Paris, Dunod.
6. CASTAREDE, (2003), « **Introduction a la psychologie clinique** » paris, 3^e édition belin.
7. CHAHRAOUI et BENONY.H, (2003), « **Méthodes, évaluation et recherche en psychisme.** » Paris, édition dunod
8. CLERO. J, (2002), « **Vocabulaire de Lacan** »Paris, ellipses.
9. COLEGE DES ENSEGNEMENTS DE CARDIOLOGIE DE LA SOCIETE FRANCAISE DE CARDIOLOGIE, (2011,2012), « **cardiologie** », Elsevier Masson.
- 10.DUBOIS.R, (2004), « **Application des nouvelles méthodes d'apprentissage à la détection précoce d'anomalie en électrocardiographie** », Paris, édition dunod.
- 11.DRAGICA. C, (2010), « **Insuffisance cardiaque, ce que vous devez s'avoir par cœur** », hôpital royale, victoria.
- 12.FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC, (2016) « **Le fardeau de l'insuffisance cardiaque** », Canada.

13. FREUD.S, (1912), « **Totem et tabou** », paris, édition Masson.
- 14.FREUD. S, (1999), « **Choix du texte** », paris, édition Masson.
15. GAUTER. M et ROUSENBAUM.D, (2010), « **Cardiologie** », paris, édition Masson.
- 16.GOTMAN A, (2007), «**L'enquête et ses méthodes** », paris, 2^e édition, paris, Armand colin.
- 17.GRAZIANI. P, (2003), « **Anxiété et trouble anxieux.** » Paris, édition Nathan / VUEF.
18. GRAWITZ. M (2001), «**Méthodes des sciences sociales** », 9^e édition paris, dalloz.
19. HAMMOUDI.S, (2004), « **Le cœur d'anatomie** », Alger, édition el-nakhla.
20. HAYNAL.A et DASSINI.W ET, (1997), « **Médecine psychosomatique** », paris, édition Masson.
- 21.LACROIX.A, (2011), « **L'éducation thérapeutique des patients** », Paris maloine, 3 édition.
- 22.LADOUCEUR.R ET COLL, (1997), « **L'intolérance a l'incertitude, l'état d'anxiété et le trouble d'anxiété généralisé** », Canada, Talbot.
- 23.LAZARUS.R, (1991), « **Emotion et adaptation** », Angleterre, Presses de L'université d'oxford.
- 24.LEGAL. M, (2010), « **Comprendre une situation, l'anatomie physiologique** ». Paris, édition estem.
- 25.MARTENS, (1977), « **L'anxiété du sportif en compétition** ».
- 26.PLAZZOLA, (2007), « **Dépression et anxiété, mieux les comprendre par mieux les prendre en charge** », paris, Masson.
27. SERENI ET SERENI, (2002), « **On ne soigne pas les femmes comme les hommes** », Paris, édition Odile Jacob.
- 28.RESAU QUEBAQOIS d'action pour la santé des femmes, (2012), « **Les maladies cardiovasculaires** », Montréal RQDSF.

29.SQIC (SOCIETE QUEBACOIS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE), (2015), « **Mieux vivre avec l'insuffisance cardiaque** », Montréal.

30.SUZI SOUMAILL, (2015), « **L'anxiété et les troubles anxieux** », paris, médecine et hygiène.

La liste des dictionnaires :

1. FLORENT.J, (2014), « **Le petit Larousse** », France, édition Larousse.
2. TAMISIER et CLAIR BRIAND Bordas « **Grand dictionnaire de la psychologie** ».paris, édition Larousse.
3. TAMISIER J.C et BRIAND.C, (1999), « **Grand dictionnaire de la psychologie** ». France, édition Larousse.

Les revues et articles de journaux :

1. Revues collectif, CHRLES, DR et L. SMITH,(2009), « **Guérir l'anxiété pour les nuls** », PARIS, édition FIRST- GRUND.
2. GALINIER.M, (2005), « **250 Insuffisance cardiaque, devant des œdèmes d'origine cardio-vasculaire** ».
3. D^R SOULAT DUFOUR LAURIE, (2016), « **Cour d'insuffisance cardiaque** » paris, Université de Sain Antoine.
4. Organisée par le laboratoire, NOVARTIS, (28/09/2014), Djazairss.
5. A KETA, (2013), « **Insuffisance cardiaque chronique** », Genève.
6. OLIVIER POITRINEAU, (2012), «**Insuffisance cardiaque physiopathologie /signe d'alerte** », Paris
7. J.P.BOULENGER, (2007), « **De l'anxiété normale aux troubles anxieux**. Items 41 et 1991.
8. SAVELLI, (2005), « **L'anxiété et ses avatars, ou de Freud a Freud** » conférence.

9. Djazairess, Article publier le 28/09/2014. www.djazairess.com .

Sites internet :

1. [http=// santé. canal. Com/ condition inf. détail. ASP ?](http://santé.canal.com/condition-inf-detail-ASP) consulté le 15/05/2017 à 14h.
2. [www. La rousse. Fr](http://www.Larousse.fr) consulté le 27/04/2017 à 11h00.

Annexe

Annexe n° 1

Guide d'entretien

Axe 1 : Informations personnelle :

- Nom ?
- Prénom ?
- Age ?
- Situation familiale ?
- Niveau d'instruction ?
- La profession ?

Axe 2 : Les données somatiques :

- Quelle est votre maladie ?
- Quels sont les premiers signes qui vous ont poussés à consulter le médecin ?
- Décrivez-nous votre état de santé au cours de cette période ?
- Avez-vous d'autre maladie chronique ?
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale au paravent ?
- Est-ce que il ya quelqu'un de vous proches atteinte de cette maladie ?
- Quels sont les effets indésirables du traitement administré ?

Axe 3 : État psychologique et anxiété des patients atteints d'une insuffisance cardiaque

- Quand est ce que-on vous a annoncé le diagnostique ?
- Qui vous l'a annoncé ? et comment ?
- Quelle était votre première réaction ?
- Qu'avez-vous ressenti ?
- Qu'avez-vous pensée ?
- Avez-vous accepté la chirurgie et le traitement administré facilement ?

- Avez-vous des troubles de sommeil ?
- Suite à votre maladie sentiez vous qu'il ya un changement ?
- Prenez vous soin de votre corps comme avant ?
- Qu'est ce qu'il vous inquiète le plus souvent (votre état, votre famille, autre) ?

Axe 4 : Relation familiales et environnementales :

- Est-ce que votre famille est au courant de votre maladie ?
- Qu'elle était la réaction de vos proches après le diagnostique de votre maladie ?
- Avez-vous ressentiez des changements relationnels suite à votre état de santé ?
- Vivez-vous des changements dans votre relation conjugale ?
- Qu'espérez-vous du traitement ?
- Avez-vous des projets à faire dans l'avenir ?
- Comment voyez-vous l'avenir?

Annexe : n° 2

Questionnaire d'auto-évaluation de C.D. Spielberger.

Inventaire d'anxiété État-Trait / forme Y-A

Nome :

Prénom :

Age :

sexe :

Date de passation :

E	T

Consigne : Un nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt Non	plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme				
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté				
3. Je suis tendu(e), crispé(e)				
4. Je me sens surmené(e)				
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau				
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)				

7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment				
8. Je me sens content				
9. Je me sens effrayé				
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)				
11. Je sens que j'ai confiance en moi				
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable				
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)				
14. Je me sens indécise(e)				
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)				
16. Je suis satisfait(e)				
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)				
18. Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté(e)				
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)				
20. Je me sens de bonne humeur, aimable				

Annexe n° 3

CORRIGE

Inventaire d'anxiété État-Tait Forme Y-A

Assurez-vous d'être bien sur la page correspondant à ce corrigé. Ensuite, comptez simplement les points correspondant au cercle fait par le sujet sur la feuille de réponses. Reportez le total dans les cases appropriées sur la feuille de réponses. Référez-vous au manuel pour les données nominatives.

	Non	Plutôt Non	plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme	4	3	2	1
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté	4	3	2	1
3. Je suis tendu(e), crispé(e)	1	2	3	4
4. Je me sens surmené(e)	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau	4	3	2	1
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)	1	2	3	4
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	1	2	3	3
8. Je me sens content	4	3	2	1
9. Je me sens effrayé	1	2	3	4
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien	4	3	2	1
11. Je sens que j'ai confiance en moi	4	3	2	1
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable	1	2	3	4
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	1	2	3	4
14. Je me sens indécise(e)	1	2	3	4
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)	4	3	2	4

16.Je suis satisfait(e)	4	3	2	1
17.Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)	1	2	3	4
18.Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté(e)	1	2	3	4
19.Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)	4	3	2	1
20.Je me sens de bonne humeur, aimable	4	3	2	1

Anexxe n°4 :

Cas de safia :

Présentation des données de l'échelle d'anxiété-E :

Questionnaire d'auto-évaluation de C .D. SPIELBERGER et AL.

Inventaire d'anxiété Eta-Trait / forme Y-A

Nom :

Prénom : safia

Age : 62 ans

Sexe : Féminin

Date de la passation : 25/03/2017

E	T
76	80

Consigne : un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt Non	plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme	4			
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté		3		
3. Je suis tendu(e), crispé(e)				4
4. Je me sens surmené(e)		2		
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau	4			
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)			3	

7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment			3	
8. Je me sens content	3			
9. Je me sens effrayé				4
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)			2	
11. Je sens que j'ai confiance en moi	4			
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable			3	
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)		2		
14. Je me sens indécise(e)				4
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)		3		
16. Je suis satisfait(e)	4			
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)				4
18. Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté(e)			3	
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)	4			
20. Je me sens de bonne humeur, aimable	4			

Anexxe n°5 :

Cas de Nadjwa :

Présentation des données de l'échelle d'anxiété-E :

Questionnaire d'auto-évaluation de C .D. SPIELBERGER et AL.

Inventaire d'anxiété Eta-Trait / forme Y-A

Nom :

Prénom : Nadjwa

Age : 56 ans

Sexe : Féminin

Date de la passation : 27/ 03/2017

E	T
34	80

Consigne : un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt Non	plutôt Oui	Oui
21.Je me sens calme			2	
22.Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté				1
23.Je suis tendu(e), crispé(e)	1			
24.Je me sens surmené(e)			3	
25.Je me sens tranquille, bien dans ma peau			2	
26.Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)			3	

27.L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment			3	
28.Je me sens content				1
29.Je me sens effrayé	1			
30.Je me sens à mon aise (je me sens bien)		3		
31.Je sens que j'ai confiance en moi				1
32.Je me sens nerveux (nerveuse), irritable	1			
33.J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	1			
34.Je me sens indécise(e)	1			
35.Je suis décontracté(e), détendu(e)				1
36.Je suis satisfait(e)				1
37.Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)		2		
38.Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté(e)	1			
39.Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)		3		
40.Je me sens de bonne humeur, aimable			2	

Anexxe n°6 :

Cas de Farid :

Présentation des données de l'échelle d'anxiété-E :

Questionnaire d'auto-évaluation de C .D. SPIELBERGER et AL.

Inventaire d'anxiété Eta-Trait / forme Y-A

Nom :

Prénom : Farid

Age : 49 ans

Sexe : Masculin

Date de la passation : 03/ 04/2017

E	T
39	80

Consigne : un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt Non	plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme				1
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté				1
3. Je suis tendu(e), crispé(e)				4
4. Je me sens surmené(e)				4
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau		3		
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)			3	
7. L'idée de malheurs éventuels me	1			

tracasse en ce moment				
8. Je me sens content			2	
9. Je me sens effrayé			3	
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)			2	
11. Je sens que j'ai confiance en moi				1
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable	1			
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	1			
14. Je me sens indécise(e)	1			
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)			2	
16. Je suis satisfait(e)				1
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)			3	
18. Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté(e)		2		
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)			2	
20. Je me sens de bonne humeur, aimable				1

Anexxe n°7 :

Cas de Malika :

Présentation des données de l'échelle d'anxiété-E :

Questionnaire d'auto-évaluation de C .D. SPIELBERGER et AL.

Inventaire d'anxiété Eta-Trait / forme Y-A

Nom :

Prénom : Malika

Age : 62 ans

Sexe : féminin

Date de la passation : 05/ 04/2017

E	T
50	80

Consigne : un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt Non	plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme		3		
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté			2	
3. Je suis tendu(e), crispé(e)			3	
4. Je me sens surmené(e)		2		
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau		3		
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)			3	
7. L'idée de malheurs éventuels me				4

tracasse en ce moment				
8. Je me sens content		3		
9. Je me sens effrayé				4
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)		3		
11. Je sens que j'ai confiance en moi			2	
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable	1			
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	1			
14. Je me sens indécise(e)	1			
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)			2	
16. Je suis satisfait(e)	4			
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)		2		
18. Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté(e)			3	
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)			2	
20. Je me sens de bonne humeur, aimable			2	

Anexxe n°8 :

Cas de mohammed :

Présentation des données de l'échelle d'anxiété-E :

Questionnaire d'auto-évaluation de C .D. SPIELBERGER et AL.

Inventaire d'anxiété Eta-Trait / forme Y-A

Nom :

Prénom : Mohammed

Age : 61 ans

Sexe : Msculin

Date de la passation : 05/ 04/2017

E	T
44	80

Consigne : un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt Non	plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme			2	
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté		3		
3. Je suis tendu(e), crispé(e)		2		
4. Je me sens surmené(e)			3	
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau			2	
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)				4
7. L'idée de malheurs éventuels me		2		

tracasse en ce moment				
8. Je me sens content		3		
9. Je me sens effrayé			3	
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)			2	
11. Je sens que j'ai confiance en moi				1
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable			3	
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)			3	
14. Je me sens indécise(e)				4
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)		3		
16. Je suis satisfait(e)		3		
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)			2	
18. Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté(e)	1			
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)				1
20. Je me sens de bonne humeur, aimable				1

Anexxe n°9 :

Cas de Hadda :

Présentation des données de l'échelle d'anxiété-E :

Questionnaire d'auto-évaluation de C .D. SPIELBERGER et AL.

Inventaire d'anxiété Eta-Trait / forme Y-A

Nom :

Prénom : Hadda

Age : 52 ans

Sexe : féminin

Date de la passation : 09/ 04/2017

E	T
56	80

Consigne : un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt Non	plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme		3		
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté	4			
3. Je suis tendu(e), crispé(e)				4
4. Je me sens surmené(e)				4
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau	4			
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)				4
7. L'idée de malheurs éventuels me				4

tracasse en ce moment				
8. Je me sens content			2	
9. Je me sens effrayé				4
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)	4			
11. Je sens que j'ai confiance en moi	4			
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable		2		
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	1			
14. Je me sens indécise(e)				4
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)		3		
16. Je suis satisfait(e)		3		
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)			3	
18. Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté(e)	1			
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)				1
20. Je me sens de bonne humeur, aimable				1

Anexxe n°10 :

Questionnaire d'auto-évaluation de C.D. Spielberger.

Inventaire d'anxiété État-Trait / forme Y-A

ملحق رقم (4) مقياس قلق سمة - حالة لسيلبرجر

مقياس قلق حالة

الاسم: اللقب:

الجنس: السن:

تاريخ اجراء البحث:

التعليمة:

فيما يلي عدد العبارات اللتي يستخدمها الافراد في وصف أنفسهم اقرأ كل عبارة بعناية وضع علامة (x) في الاطار المناسب أمام العبارة المناسبة اللتي تشير إلي ما تشعر به في هذه اللحظة.

هناك إجابات صحيحة أو خاطئة لا تستغرق وقتا طويلا في عبارة واحدة تذكر ان تختار الاجابة اللتي تصف ما تشعر به في هذه اللحظة.

مطلقا قليلا احيانا كثيرا

				(1)- اشعر بالهدوء.
				(2)- اشعر بالامان (بعيدا عن الخطر)
				(3)- أشعر بالتوتر, الانقباض.
				(4)- أشعر بالأسف.
				(5)- أشعر بالارتياح
				(6)- أشعر بعدم الاتزان

				(7)-أشعر في هذه اللحظة بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة.
				(8)-أشعر بالراحة
				(9)-أشعر بالقلق.
				(10)-أشعر بالسرور.
				(11)-أشعر بالثقة في النفس
				(12)-أشعر بالعصبية.
				(13)-أشعر بالهياج.
				(14)-أشعر بتوتر زائد.
				(15)-أشعر بالاسترخاء.
				(16)-أشعر بالرضا.
				(17)-أشعر بالضيق.
				(18)-أشعر أنني مستثار جدا لدرجة الغليان
				(19)-أشعر بالسعادة العميقة.
				(20)-أشعر أنني أدخل السرور علي الآخرين.