

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Option : Psychologie Clinique

**Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de
master en psychologie clinique**

THÈME

**L'anxiété chez les personnes atteintes
de l'insuffisance rénale**

Etude de 6 cas réalisé au Rameaux

D'olivier De Bejaia

Réalisé par

- CHELAGHA Md TAHAR
- MOUHOUBI Hamimi

Encadré par

M^r YAKOUB

Année universitaire 2014/2015

Remerciement

Tout d'abord, j'aimerais remercier dieu le tout puissant, de nous avoir donné courage, la patience et la volonte afin d'aboutir à l'accomplissement de ce travail.

Nous remercions également notre encadreur monsieur YAKOUB MOURAD pour son soutien, ça disponibilité et ses conseil tout au long de la réalisation de ce projet, l'en remercie également pour son encouragement et bienveillance.

Nous remercions tous les membres des jurys qui nous ferons l'honneur de juger ce modeste travail.

Nos remerciements les plus sincères à l'ensemble des enseignants du département des sciences sociales qui ont contribué à notre formation.

On tient également à exprimer un grand remerciement pour les patient hémodialyser qui nous fait part de leurs vécus.

Nous remercions aussi tout le personnel médical de la clinique prié le RAMEAU D'OLIVIER de BEJAIA pour leur soutien et leur sympathie.

Au terme de cette étude, il nous est agréable de remercier vivement tous ce qui a contribué d'une manière ou d'une autre a la réalisation de cette recherche.

Dédicace

Je tiens à dédier ce modeste travail à ceux qui me sont très chers ;

- *D'abord à mes parents qui m'ont donné la vie et l'amour et qui m'ont soutenu tout au long de mon cursus étudiant, je les remercie infiniment.*
- *A mes trois frères : Salem, Fatah, Adel et mes trois sœurs : Souhila, Linda, Lydia.*
- *A toute ma famille paternelle et maternelle sans exception.*
- *Sans oublier mes amis auxquels j'exprime une grande reconnaissance, mes amis garçons : NACER, Toufik, Hamimi, Farouk, Hicham, Hakim, Massi, Hassan, yacine, Sadek.*
- *A mes amies filles : KATIA, Baya, Souad, Saliha.*
- *A tous ceux qui m'aiment et me connaissent de près ou de loin.*

Dédicace

Je tiens à dédier ce modeste travail à ceux qui me sont très chers ;

- *D'abord à mes parents qui m'ont donné la vie et l'amour et qui m'ont soutenu tout au long de mon cursus étudiant, je les remercie infiniment.*
- *A mes trois frères : Omar, Djafer, Redouane et ma sœur : Yassina.*
- *A toute ma famille paternelle et maternelle sans exception.*
- *Sans oublier mes amis auxquels j'exprime une grande reconnaissance, mes amis garçons : NACER, Toufik, Taher, Farouk, Hicham, Hakim, Massi, Hassan, yacine, Sadek, Hamimi .*
- *A mes amies filles : KENZA, Baya, Souad, Saliha.*
- *A tous ceux qui m'aiment et me connaissent de près ou de loin.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Problématique et hypothèses

1. Choix du thème	
2. Objectifs de la recherche	
3. La problématique.....	3
4. Les hypothèses.....	5
5. La définition des concepts.....	7

Partie théorique

Chapitre 1 : hémodialyse

Préambule

- **A/ L'hémodialyse : aspect médical**
.....8

I- le rein.....	8
I.1. Définition.....	8
I.2. L'anatomie du rein.....	9
I.3. Configuration et description du rein.....	10
I.4. Les fonctions du rein dans le corps.....	11
II. Insuffisance rénale.....	12
II.1. définition.....	12
II.2. Les type de l'insuffisance rénale.....	13
II.2.1. Insuffisance rénale aigue.....	13
A/ Définition	13
B/ Les causes de l'insuffisance rénale aigue.....	14
C/ Traitements de l'insuffisance rénale aigue	15
II.2.2. insuffisance rénale chronique.....	15
2.2.1. Définition.....	15

2.2.2. Les type de l'insuffisance rénale chronique.....	16
2.2.3. Les cause de l'insuffisance rénale chronique.....	16
2.2.4. La classification de l'insuffisance rénale chronique.....	17
2.2.5. L'insuffisance rénale chronique en Algérie.....	18
2.2.6. Traitement de l'insuffisance rénale chronique.....	20
6.1. La dialyse péritonéal.....	21
6.2. Hémodialyse.....	22
6.2.1. Définition	22
6.2.2. Contexte historique de l'hémodialyse.....	22
6.2.3. Les principes d'hémodialyse.....	23
3.1. Diffusion.....	23
3.2. L'ultrafiltration.....	23
3.3. Le dialyseur.....	24
3.4. Le dialysat ou bain de dialyse.....	24
6.2.4. Centre d'hémodialyse et séances.....	24
4.1. Les différentes unités de dialyse.....	24
4.1.1. Unité de dialyse médicalisée.....	24
4.1.2. Unité d'auto-dialyse.....	25
4.1.3. Unité d'auto-dialyse assistée	25
4.2. L'hémodialyse impose trois séances par semaine.....	25
4.3. La mise en place de la fistule artério-veineuse.....	26
4.4. Le circuit extra corporel.....	27
4.5. Incidents au cours d'une séance d'hémodialyse	27
6.3. Transplantation rénale.....	28
Conclusion.....	29

B/ Hémodialyse : aspect psychologique

Préambule	30
1. l'annonce de la maladie	30
2. symbole de la machine et le sang.....	31
3. problématique du corps.....	32
4. l'adaptation psychologique à la dialyse.....	33
5. les défenses utilisées.....	34
6. les difficultés rencontrées par la famille du patient.....	35
7. rôle des soignants.....	36
8. rôle du psychologue avec le patient.....	36
Conclusion.....	37

Chapitre 2 : L'anxiété

Préambule.....	38
1. Définition.....	38
2. Généralités.....	38
3. Les symptômes de l'anxiété.....	40
4. L'anxiété généralisée	41
4.1. Description.....	41
4.2. La peur et la phobie.....	41
4.3. Symptômes.....	42
5. Les causes d'anxiété.....	43
6. Diagnostic différentiel	44
7. Thérapie	45
8. Les tests psychologiques	47
Conclusion.....	48

Partie méthodologique

Chapitre 3 : démarche de la recherche et la population d'étude

Introduction.....	49
1. définition des concepts et leurs opérationnalisations.....	49
1.1. Définition des concepts.....	49

1.2.	Opérationnalisations des concepts.....	50
2.	Démarche de la population d'étude.....	51
2.1.	Le pré enquête	51
3.	La méthode et outils d'investigation.....	52
3.1.	La méthode.....	52
4.	Population d'étude.....	54
4.1.	La Sélection de notre population d'étude.....	55
5.	La présentation de lieux de la recherche.....	56

Chapitre 4 : les techniques utilisées et leurs analyses

I.	Les techniques utilisées	57
1.	L'entretien clinique.....	56
1.1.	L'entretien semi-directif.....	56
1.2.	L'attitude du clinicien.....	57
1.3.	Guide d'entretien.....	57
2.	L'échelle d'Hamilton d'anxiété.....	59
2 .1.	Définition du l'échelle d'Hamilton d'anxiété	59
2.2.	Passation du l'échelle d'Hamilton d'anxiété	60
II.	L'analyse des techniques utilisées	62
1.	Analyse de l'entretien clinique.....	62
2.	Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton	62
3.	Les caractéristiques des 06 cas.....	63
4.	Le déroulement de la pratique.....	64
5.	Les difficultés rencontrées	65
	Conclusion.....	66

Partie pratique

Chapitre 5 : Analyse des résultats

I.	Présentation des six cas.....	67
1.	Interprétation de l'entretien.....	66
2.	Résultats et score.....	67
3.	Interprétation et résultats	67
II.	Analyse des résultats.....	90
III.	Discussion des hypothèses.....	92
	Conclusion	

La liste bibliographique

Les annexes

Introduction

L'expérience de la maladie fait partie de la vie de tout être humain quelque soit son âge, l'individu peut être confronté au cours de sa vie à des maladies chroniques, qui en règle générale, des affections de longue durée qui évoluent lentement.

Selon l'organisation mondiale de la santé, la maladie chronique est « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennie ». Comme les maladies rénales qui évoluent silencieusement. Cette caractéristique contribue à retarder le diagnostic jusqu'à un stade avancé, qui est le stade final de l'insuffisance rénale chronique.

On constate de nos jours une augmentation de nombre de personnes atteintes par cette pathologie, et qui reste toujours quasiment inconnue du grand public.

En France, il ya environ 1,74 à 2,5 millions de personnes en insuffisance rénale chronique avant le stade terminale, cela s'explique par le vieillissement de la population dans les pays développés et donc l'accroissement de pathologies vasculaire, qui se répercutent sur le rein et peuvent donner des IRC ces dernières années, a cause de l'augmentation du nombre de diabétiques, c'est-à-dire que plus de 30% des personnes diabétiques finissent par une atteinte de l'insuffisance rénale chronique.

Notre pays est également affecté par cette maladie, en 2008 plus de 18 mille personnes atteints par cette pathologie, et le nombre se multiplie chaque année.

Au stade terminal, l'IRC nécessite un traitement par dialyse ou par greffe rénale, que l'on appelle traitement de suppléance. Le principal objectif des traitements est de diminuer la progression vers d'autre maladie.

L'amélioration de la prise en charge des patients ne correspond pas qu'à une prise en charge somatique, mais la part psychologique est extrêmement importante et indissociable.

L'état psychique du patient, ses peurs et ses interrogations relatives à sa santé, à son avenir, contribue a l'apparition des troubles anxieux ; ces troubles qui sont affectifs peuvent nuire au comportement, à la pensée, aux émotions et à la santé physique de la personne qui en est atteinte et qui ce manifestent par : complications, sentiment d'instabilité, agitation ou incapacité à se relaxer... etc., qui doivent être pris en considération, d'où ça nécessite une prise en charge psychologique, donc la question qui se pose est comme suite :

- Est-ce que les patients atteints d'insuffisance rénale chronique souffrant t-ils des troubles anxieux ?

Un grand nombre des patients hémodialysées souffre de trouble sexuels, leurs plaisirs et désirs disparaissent au fur a mesure, la réalisation de l'acte sexuel devient alors difficile ou carrément impossible, ce qui amplifie chez les IRC le sentiment d'impuissance et d'anxiété. D'où découle la question suivante :

- Est-ce que les troubles sexuels amplifient t-ils l'anxiété chez les malades hémodialysés ?

Dans notre étude portée sur le thème « l'anxiété chez les personnes hémodialysés ». Exige l'utilisation de l'approche cognitivo-comportementale, qui avait servi comme arrière plan

théorique, afin d'expliquer les différentes pensées et cognitions des patients hémodialisés, ainsi la théorie psychanalytique afin de comprendre le fonctionnement mentale des IRC.

Notre recherche est portée sur six cas, trois hommes et trois femmes, pris dans le service d'hémodialyse de la clinique le RAMEAU D'OLIVIER de Bejaia.

Les insuffisants rénales chroniques terminales, sont des victimes remaniements, voir l'agression qui subissent leur corps. Ces dernières favorisent l'apparition de différentes réactions anxieuses, notre but de recherche est de préciser en quoi consiste exactement cette anxiété, ses manifestations psychologiques, les moyens d'évaluations et déterminer son intensité en utilisant l'échelle d'anxiété d'Hamilton.

De ce fait notre recherche s'est appuyée sur un plan de travail qui comporte les éléments suivants :

La première partie ; théorique subdivise en quatre chapitres qui sont comme suit :

Chapitre 1 : consacré pour le coté médicale et psychologique.

Chapitre 2 : consacré pour l'anxiété.

Chapitre 3 : consacré pour démarche de la recherche et la population d'étude.

Chapitre 4 : consacré pour les techniques utilisées et leurs analyses.

Chapitre 5 : consacré pour l'analyse des résultats.

Enfin, une conclusion générale qui parachèvera notamment notre étude.

1. Choix du thème :

Les raisons qui nous ont motivés à choisir ce thème qu'est « l'anxiété chez les patients hémodialysés » sont :

- L'importance des deux variable « anxiété » et « hémodialyse » dans l'actualité sanitaire et quotidienne.
- Le manque d'étude et des recherches sur ce thème.
- Donner une description objective sur la réalité de l'état physique et psychique des hémodialysés.
- Déterminer l'impacte psychologique d'hémodialyse (influence de la dialyse sur l'état psychique du patient).

2. Les objectifs de la recherche :

Notre recherche veut démontrer l'impact de la maladie chronique qu'est l'insuffisance rénale chronique terminal (IRCT) traité par hémodialyse sur le psychique du patient, et évaluer la symptomatologie anxieuse chez ces patients afin d'aider le malade à surmonter le sentiment d'être dépossédé de son corps, contrôler par la machine, une relation de dépendance obligée, conduisant à une perte de liberté à une adaptation progressive ou l'acceptation du traitement pour mieux s'adapter à son nouvel équilibre de vie, et surtout croire à la perception d'une transplantation possible, source de renaissance et d'ouverture sur l'avenir.

Ainsi, cette recherche tente d'expliquer les troubles d'anxiété des patients hémodialysés pour mieux organiser leur vie autour des maux qu'ils vivent : le corps, la machine, les traitements deviennent de centre de leurs préoccupations.

1. La problématique et les hypothèses :

La problématique

La maladie se définit par rapport à la santé, qui est un état de bon fonctionnement de l'organisme, selon la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS, 1998), elle se caractérise par « un état de complet bien-être physique, mentale et sociale, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Selon le dictionnaire médical Larousse, une maladie est une « altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et para-cliniques, une évolution, un pronostic et un traitement ». (Ybert, E, et Al, 2001, P, 559).

L'état de santé varie d'un individu à l'autre, chacun doit constamment réagir efficacement aux agressions dont son organisme est victime, parmi les maladies qui affectent le corps humain on retrouve, les maladies rénales, cette dernière est peu connue du public, pourtant elles peuvent être particulièrement redoutables, l'insuffisance rénale chronique en est un exemple. Non seulement la maladie s'installe définitivement et tend à s'aggraver avec le temps, mais elle se développe sans symptômes pendant des années d'une part, d'autre part elle peut créer un malaise ou une souffrance psychique.

L'insuffisance rénale chronique se définit comme la perte irréversible des fonctions des reins. Lorsque les reins fonctionnent mal, ils peuvent être responsable d'une insuffisance cardiaque, entraînent aussi l'accumulation des déchets toxiques dans le sang, autre phénomènes constaté : une carence en vitamine D active, responsable d'une diminution de calcium sanguin. Ajoute-t-il hypertension artérielle et diabète de type 2 sont les deux causes majeurs d'insuffisance rénale chronique. (Meury Y, et Coll., 1998, p 19).

Au stade terminale, il n'ya pas d'autre choix pour le patient que la mise sous dialyse ou la greffe rénale, sinon, c'est le coma et la mort assurés en quelque jours.

Problématique et hypothèse

L'hémodialyse consiste à envoyer le sang par un petit tuyau vers le rein artificiel, qui renferme les membranes de filtration et la solution de dialyse. Le rein artificiel est notamment constitué d'un filtre, le dialyseur. Qui contient une membrane séparant deux compartiments. Le premier contient le sang prélevé chez le patient, le second le liquide de dialyse. C'est à travers cette membrane que se réalisent les échanges entre le sang et le liquide de dialyse de manière à permettre de rééquilibrer la composition sanguine et éliminer les déchets comme la créatinine ou l'eau excédentaire. (Le Grain. M et Coll., 1985, p, 195).

L'hémodialyse est vécue comme une nécessité vitale mais aussi constitue une contrainte lourde. En effet, le patient se trouve confronté aux remaniements, voir agressions, parfois brutaux et difficilement acceptés, que subissent son corps et sa vie professionnelle. Et bouleverse de manière différente l'univers du patient hémodialysés.

Les dernières études montrent que la pathologie psychiatrique mineure est fréquente chez les hémodialysés.

D'autre part l'anxiété est considérée comme le mal du siècle par plusieurs auteurs, elle fait partie de notre vie car elle n'épargne personne. Qui n'a jamais été inquiet pour sa santé ou la santé de ses siens ?, qui n'a jamais éprouvé un état de mal être, d'une crainte de malheur ou de mort imminente contre les quels le sujet se sent impuissant à un moment donnée de sa vie ?

Des auteurs comme Graziani Pierluigi trouvent que l'anxiété est : « un état émotionnel qui possède de la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative dirigé vers le futur parfois exagérée par rapport à la menace et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes ». (Graziani, 2003, p 12).

Les troubles anxieux chez les insuffisants rénaux chroniques peuvent être à l'origine de refus de soins et d'agressivités mettant en danger le malade, ils sont le révélateur d'un manque de compréhension de la maladie, des difficultés d'ajustement psychologique à la maladie, d'une mauvaise communication, d'un sentiment d'inutilité, d'une solitude, de difficultés d'adaptation et de détresse.

Problématique et hypothèse

On a voulu comprendre le syndrome d'anxiété chez les insuffisants rénaux chroniques on a trouvé qu'en psychologie il existe différentes approches, c'est-à-dire différentes conceptions de ce qui cause et maintient les difficultés psychologiques, faisant varier par le fait même la façon d'intervenir faces a ces difficultés.

Afin de vivre directement le phénomène étudié nous avons mené une pré-enquête qui s'est effectuée à la clinique privé « le RAMEAUX D'OLIVIER » de Bejaia, qui nous a permis d'élaborer certaines questions au départ :

- 1- Les personnes hémodialysées présentent- elles de l'anxiété liées à leurs états de santé actuels ?
- 2- L'hémodialyse a-t-il provoqué chez les sujets réellement des réactions non adaptives face à cette situation de maladie ?
- 3- Les degrés de l'anxiété chez ces sujets hémodialysées est-ils fort ou bien faible ? autrement dit, quel est le degré d'anxiété chez ces sujets ?

Les hypothèses

Hypothèses générales

L'insuffisance rénale chronique terminale, est la perte définitive de la fonction des reins, qui exige au malade la mise directement sous dialyse, cette maladie est prise comme la variable indépendante.

L'IRC bouleverse de manière différentes l'univers du patient hémodialysé, et entraine des complications psychologiques, le plus fréquent est le syndrome d'anxiété qui est la variable dépendante.

- Les sujets hémodialysés présentent de l'anxiété liées à leurs états de santé actuels ;

- L'hémodialyse provoque chez les sujets atteints d'insuffisance rénale chronique des réactions non adaptatives ;
- Le degré d'anxiété chez ces sujets hémodialysés dépend de leur souffrance.

2. Les concepts de la recherche :

Il est important de déterminer les concepts clés dès le départ de toute recherche scientifique, en précisant le sens qu'ils maintiennent dans le travail, car l'ambiguïté des termes utilisée gêne le lecteur.

Anxiété

L'anxiété est pour la psychiatrie phénoménologique, biologique et comportementale, un état d'alerte, de tension psychologique et somatique, en rapport avec un sentiment désagréable de peur, d'inquiétude, voire d'autres émotions, des manifestations physiques peuvent accompagner l'état d'anxiété : vertige, nausées, palpitations, difficultés à respirer, contrition de la poitrine, transpiration.

Néanmoins, quand les symptômes physique sont très présents, on classe alors plutôt les phénomènes sous l'appellation d'angoisse.

Hémodialyse

L'hémodialyse est une technique d'épuration extra-rénale qui met en contact le sang du malade, par l'intermédiaire d'une membrane semi-perméable avec une solution de dialyse circulant à contre-courant, il existe plusieurs types :

- L'hémodialyse ;
- L'hémofiltration ;
- L'hémodiaféltration.

En hémodialyse, on fait circuler le sang dans des capillaires qui baignent dans un liquide appelé dialysat, généré par une machine et qu'est chimiquement proche de déchets, les échanges se font à travers la membrane semi-perméable du dialyseur.

Cela permet 03 choses vitales pour le patient atteint d'insuffisance rénale :

- 1- Retirer du sang les déchets produits par l'alimentation.
- 2- Equilibrer le bilan électrolytique sanguin.
- 3- Eliminer le surplus d'eau.

Chez un sujet sain, tout ceci est normalement réalisé par les reins 24/24, or les insuffisants rénaux n'ont plus de rein fonctionnel, l'hémodialyse vient donc en remplacement en moyenne lors de 03 séances de 4h par semaine. Ce traitement se poursuivra à vie ou jusqu'à la transplantation d'un rein.

Partie théorique

Chapitre I

Coté médical et psychologique

Introduction :

La maladie rénale est souvent la plus silencieuse des maladies et elle ainsi difficile de connaître avec exactitude la date de son apparition. Le stade de l'insuffisance rénale terminal et par contre symptomatique avec les signes clinique liée à l'intoxication urémique, le sujet relève alors d'un traitement de suppléance par dialyse. Il s'agit de remplacer alors un organe vital défaillant ; le rein dans l'hémodialyse par un rein artificiel, un traitement pour la vie et cela provoque un bouleversement non seulement sur le coté biologique, mais aussi sur le coté psychologique.

➤ A/ L'hémodialyse : aspect médical.**I. Le rein :****I.1. Définition :**

Selon le dictionnaire médicale : le rein est un « organe pair qui sécrète l'urine, situe de chaque coté de la colonne vertébrale, dans la région lombaire, en arrière du péritoine, il a une forme ovale aplatie caractéristique, il est entouré par un tissu cellulo-adipeux, et en constitué de deux zones distinctes : une partie centrale (médullaire) qui comprend les pyramides rénales, et une partie périphérique(le cortex) qui comprend des tubules disposés irrégulièrement (tubules rénaux) entourés d'un grand nombre de capsule rénales formées de capillaires issus de l'artère rénale ». (Dictionnaire médicale, 2009.P. 805).

- La médullaire est formée par huit (8) cônes (4 à 18) appelés les pyramides de Malpighi, dont l'extrémité interne dénommée papille, faite saillie dans les calices et dont la base externe jouxte le cortex périphérique.

La médullaire comprend deux (2) parties :

- La 1^{er} c'est la médullaire externe voisine du cortex comporte une couche externe et un couche interne
 - La 2^{eme} c'est la médullaire interne qui forme la papille.
- Le cortex coiffe la base des pyramides de Malpighi et s'insinue entre les pyramides constituant les colonnes de BERTIN.

Les pyramides de Malpighi envoient des rayons médullaires appelés pyramides de Ferrein dans le cortex appelé labyrinthe. (Pallois, J, L, p. 2,3).

Le rein fait partie du système urinaire, c'est un organe dont le rôle est l'épuration et le maintien de l'équilibre intérieur. Il existe deux reins, situés dans la région rétro-péritonéale, de part et d'autre du rachis et des axes vasculaires. (Olmer, M, 2007, p.15).

I.2. L'anatomie du rein :

Les reins sont situés dans le rétro péritoine et forment un organe pair, l'un à droite, sous la foie, et l'autre à gauche, contre la rate, chacun pèse de 120 à 150 grammes chez l'adulte. Ils sont délimités par une fine capsule entourée d'une mince couche de tissu adipeux et ces derniers entourés d'une couche de tissu fibreux, le fascia de Gerota. Le hile rénale représente la jonction du rein, de l'uretère et du bassinet, et contient aussi l'artère et la veine rénale. (Querin et Valiquette, 2004, p.5).

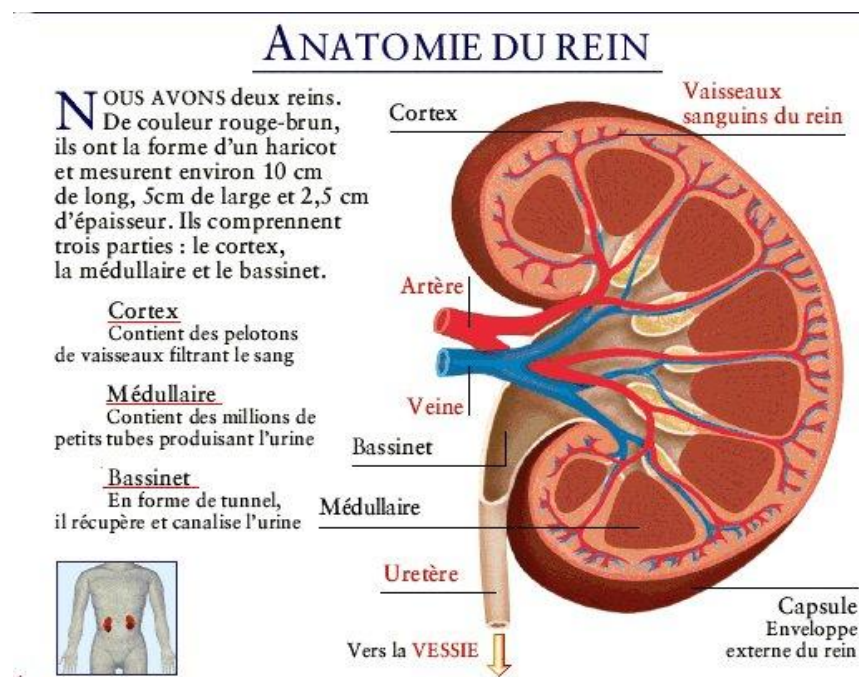


Figure 1 : Anatomie du rein.

I.3. Configuration et description du rein :

A. Configuration extérieure du rein :

A l'état normale, il existe deux reins ; l'un à droite et l'autre à gauche. Les reins ressemblent à un haricot, ils sont appliqués sur la paroi abdominale postérieure : ils se placent dans l'espace conjonctif en arrière de la cavité péritonéale, dans les régions lombaires de part et d'autre de la colonne vertébrale.

Chez l'adulte, le pôle supérieure atteint approximativement le bord supérieur de la deuxième vertèbre dorsale, le pôle inférieure se place au niveau de la troisième vertèbre lombaire.

Le hile rénale correspond à la première vertèbre lombaire, le second cote de longueur obliquement le rein à la jonction de son tiers supérieure et son tiers moyen.

Sur une hauteur de quatre vertèbres (les deux derniers dorsales et les deux premières lombaires)

Le rein droit est situé sur un demi-segment vertébral plus bas que le rein gauche, car ce dernier abaissé par le foie.

Le rein présente deux faces, deux bords et deux extrémités ou pôles ; le bord interne est interrompu en son milieu par une forte échancrure, délimitant le hile, qui est l'orifice d'une cavité interne, le sinus rénale.

Le rein a 12cm de longueur et une largeur de 6cm, une épaisseur de 3cm, un poids de : 140gr (125 à 170gr chez l'homme) et de 125 gr (115 à 155gr chez la femme).

Le rein est recouvert d'une capsule fibreuse qui constitue une barrière contre les traumatismes, elle empêche également la propagation de l'infection au rein. (Elaine, 1999, p, 975).

B. Configuration intérieure du rein :

Le rein est constitué du parenchyme rénal entouré d'une capsule fibreuse, et creusé du sinus rénale. (Oresstti, A, 1985, P.15)

1.4 Les fonctions du rein dans le corps :

Les reins filtrent le sang et éliminent les déchets azotés grâce aux très nombreux néphrons qu'ils contiennent, ils assurent également la régulation de la tension artérielle. Ses principales fonctions sont :

- L'Elaboration de l'urine à partir du sang, ce qui permet d'éliminer les déchets et de maintenir constant le milieu intérieure du corps (équilibre acido-basique du sang).
- La sécrétion d'érythropoïétine, une hormone qui permet la maturation des globules rouges dans la moelle osseuse.
- La transformation de la vitamine D en sa forme active.
- La sécrétion de rénine, une enzyme servant à réguler la pression artérielle.

On peut dire donc que les reins ont pour mission quotidienne de pomper quelque 189 litre de sang à travers 225km de canaux et des millions de filtres « néphrons ».

(Boubchir, A, 2004, p. 22)

Un seul rein, pourvu qu'il soit sein, suffit à assurer la fonction rénale, ce qui explique la bonne

Qualité de vie des sujets ayant subi une néphrectomie (ablation d'un rein). (Larousse Médicale, p, 885)

Les artères se divisent très rapidement en artères très petites qu'on appelle des capillaires.

Chaque capillaire va s'enrouler sur lui-même pour former une sorte de fouillis de vaisseaux comme une pelote de laine entourée d'une membrane. Chacune de ces petites unités (il y en a environ 1 million) constitue ce qu'on appelle un glomérule.ils sont situés dans la périphérique du rein. C'est à cet endroit que se fait le premier temps de la fabrication des urines : la filtration urinaire qu'on appelle aussi la filtration glomérulaire. Cette filtration glomérulaire est mesurée par la clairance de la créatinine. C'est l'atteinte du glomérule qui est responsable des maladies appelées glomérulonéphrites.

Cette urine, dite urine primitive, est très diluée et remplie d'éléments qui ne doivent pas s'échapper : le glucose, le potassium, les acides aminés, etc. Ces éléments vont donc

devoir être récupérés par le rein et remis dans la circulation, de façon à ce que ne restent dans les urines que les sels minéraux en excès, l'urée et l'eau en excès. C'est le deuxième temps de la fonction rénale : réabsorber et concentrer les urines pour aboutir à l'urine définitive. Ça s'appelle aussi, la fonction tubulaire.

Pour assurer cette fonction, de chaque glomérule va partir un système compliqué de tube très fins appelés des tubules. Ces tubes contournés qui font plusieurs allers et retours depuis la périphérique du rein jusqu'au centre du rein vont patiemment réabsorber tous les éléments importants. La longueur totale de ces tubules, s'ils étaient mis bout à bout, représenterait plusieurs centaines de kilomètres. Au bout de ce trajet, il ne reste plus d'urine primitive diluée et riche en éléments importants, mais uniquement de l'urine définitive, concentrée et ne comportant que des déchets, cette fonction de réabsorption du sel est sous les contrôles de l'aldostérone qui est une hormone fabriquée par la glande surrénale. La réabsorption d'eau est liée à la réabsorption du sel, mais aussi de l'antidiurétique hormone (ADH) qui est fabriquée par l'hypophyse.

Au total, l'eau, le sel, le glucose et les principaux éléments importants se retrouvent dans le sang, et les déchets sont éliminés : le rein a réalisé son contrat. Il ne lui suffit plus que d'émettre ces urines dans la cavité centrale située au niveau de son hile. On est à ce moment toujours dans l'appareil urinaire, mais on est sorti du strict domaine du rein et donc de la médecine qui s'en occupe : le néphrologue, le reste, ce sont les voies urinaires, du domaine de l'urologue. (Loice, 2005)

II. Insuffisance rénale (IR)

II.1. Définition

L'insuffisance rénale est une altération du fonctionnement des deux reins qui ne filtrent plus correctement le sang, elle est dite aigue si le dysfonctionnement est transitoire, chronique lorsque la destruction est irréversible, sans possibilité de guérison. En cas d'insuffisance rénale majeur, la fonction rénale peut être supplantée par dialyse ou greffe de rein. La dialyse permet de filtrer le sang par un circuit dérivé, le plus souvent extérieure de l'organisme.

L'insuffisance rénale est définie comme une diminution du pouvoir épurateur des reins correspond donc à une diminution du nombre de néphrons fonctionnels, en pratique,

elle se manifeste avant tout par une diminution de la clearance de créatinine. Il faut, cependant, savoir que chaque néphron a un pouvoir d'adaptation tel qu'il peut largement modifier son débit glomérulaire selon la demande (ce qui explique que les valeurs normales de clearance de créatinine peuvent passer du simple au double). C'est ainsi que lorsqu'un néphron n'est plus fonctionnel, son voisin peut à lui seul entièrement compenser cette déficience, une diminution de 50% du nombre de néphrons fonctionnels n'aura donc aucune expression biologique.

L'exemple le plus caractéristique est celui des individus porteurs d'un rein unique à la suite d'un don d'organe : la clearance de créatinine reste dans les limites de la normale.

Une insuffisance rénale ne deviendra donc biologiquement manifeste que lorsque la masse néphrotique fonctionnelle est réduite de plus de 60%. (Radermacher, l, 2004, p, 14)

Autrement dit, c'est la réduction de la capacité des reins à assurer la filtration et l'élimination des produits des déchets du sang, à contrôler l'équilibre du corps en eau et en sels et à régulariser la pression sanguine. (Larousse Médicale, 2000, p.514)

II.2 Les type de l'insuffisance rénale :

On définit deux types d'insuffisance rénale :

- L'insuffisance rénale aigue (IRA).
- L'insuffisance rénale chronique (IRC).

II.2.1. L'insuffisance rénale aigue :

a. Définition :

L'insuffisance rénale aigue (IRA) correspond à un arrêt brutal de la fonction de la plupart des néphrons qui, au départ, fonctionne plus au moins normalement, la crainte de la créatinine est alors brutalement portée à (0) ou presque. La première manifestation sera alors l'oligo-anurie s'ensuit :

- Une évaluation rapide (en quelque heure) des taux sanguins de créatinine d'urée.

- Un état de surcharge hydro sodé progressif pour autant que l'apport exogène d'eau et de sel ne soit pas interrompu (élévation des pressions veineuses, HTA, œdèmes périphérique).
- Une hyperkaliémie avec trouble du rythme cardiaque (bradycardie, arrêt).
- Une acidose métabolique avec hyperventilation, torpeur puis coma.
- Production rénale d'érythropoïétine et au déficit d'activation de la vitamine (D) en position d'alpha sont généralement absentes à la phase subaiguë, elles apparaissent progressivement seulement si la situation se prolonge au-delà d'une semaine. (Simon, 2007, p, 14)

Selon le dictionnaire Larousse l'insuffisance rénale aiguë associée à la prise d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, ou d'un bloquer des récepteurs de l'angiotensine. (Querin et Valiquette, 2004, p, 171).

B. Les causes de l'insuffisance rénale aiguë : les causes de l'insuffisance rénale aiguë (IRA), sont plus restreins que celle de l'insuffisance rénale chronique, on distingue :

- L'urée urinaire est de loin est de loin supérieure à l'urée plasmatique : cela prouve que le rein concentre l'urée et l'excrète ;
- Le rapport sodium/potassium est inférieure à 1 dans les urines : le patient urine moins de sodium que de potassium. Cela prouve que les fonctions rénales de réabsorption du sodium et d'élimination du potassium ne sont pas altérées.
- Pré glomérulaire ou =périnéal= (tout état de choc, thrombose ou clam page prolongé de l'aorte sus- rénale ou des deux artères, rénales, sténose bilatérale rénales traitées
Par IEC.)
- Intra glomérulaires (glomérulonéphrite aiguë, éclampsie, CIVD.)
- Tubulaire (nécrose tubulaire aiguë post-ischémique, toxique (métaux lourds, produits de contraste radiologique....) poste rénale (syndrome obstructif).
(Radermacher, L, 2004, p, 17)
- chute du débit (flux) sanguin rénale par diminution du débit cardiaque :
- Par trouble du remplissage hypo volémie ;

- Par trouble de la pompe : insuffisance cardiaque aiguë, et/ou chute de la pression de perfusion rénale, conséquence d'un abaissement ou d'un effondrement de la pression artérielle.

-chute de la pression de perfusion rénale, conséquence d'un abaissement de la pression artérielle.

C. Traitement de l'insuffisance rénale aiguë

- ✓ Restriction des apports en eau, sodium et potassium ;
- ✓ Assurer un apport calorique suffisant : 30cal/Kg/J
- ✓ Apporter au moins 1g/Kg/jour de protides ;
- ✓ Lutte contre l'hyperkaliémie (kayéxalate)
- ✓ Lutte contre l'acidose métabolique (THAM) ;
- ✓ Mise sous surveillance automatique (monitoring)
- ✓ Epuration extrarénale (dialyse péritonéale ou hémodialyse)

II.2.2. Insuffisance rénale chronique :

II.2.2.1. Définition :

L'insuffisance rénale chronique(IRC) est définie par une diminution de la filtration glomérulaire (FG) en rapport avec une réduction permanente et définitive de nombre de néphrons fonctionnels (ce qui la différencie de l'insuffisance rénale aiguë).

Autrement dit, c'est une réduction néphrotique plus ou moins lentement progressive à laquelle fait suite une adaptation jusqu'à une certaine limite par les néphrons restants afin de sauvegarder l'homéostasie, c'est une altération progressive des fonctions excrétrices et endocrines du parenchyme rénale, conséquences lésions anatomique irréversible.

En raison de la très grande dispersion des valeurs physiologique du FG, L'IRC est défini arbitrairement par le choix d'une valeur limite inférieure à la « normale ». compte tenu de la dispersion des valeurs de FG 16% des sujets normaux ont une FG <110ml/mn/1,73m des valeurs de FG 16% des sujets normaux ont une FG <110ml/mn/1,73m des valeurs de FG 16% des sujets normaux ont une FG <110ml/mn/1,73m des valeurs de FG 16% des sujets normaux ont une FG

<110ml/mn/1,73m des valeurs de FG 16% des sujets normaux ont une FG

<110ml/mn/1,73m des valeurs de FG 16% des sujets normaux ont une FG

<110ml/mn/1,73m² et 2,5% ont une FG < 90ml/mn/1,73M² .

En pratique, l'insuffisance rénale chronique regroupe l'ensemble de la manifestation clinique, biologique et radiologique secondaire à la destruction du capital néphrotique, quand l'insuffisance rénale chronique arrive au stade terminal, l'organisme va être affecté de plusieurs manières. Certains symptômes sont le reflet de la maladie causé l'IRC (néphropathie initiale), d'autres sont dus au dysfonctionnement des reins eux-mêmes. (Bouchir, A, 2004, p, 22).

II.2.2.2. Les différents types de l'insuffisance rénale chronique :

- ❖ Insuffisance rénale avec anomalie morphologique macroscopique rénale.
- ❖ Insuffisance rénale avec anomalie de transport
- ❖ Insuffisance rénale avec anomalie métabolique ou inflammatoire générale.
- ❖ Insuffisance rénale chronique et affection congénitales.

II.2.2.3. les causes de l'insuffisance rénale chronique

Selon Larousse médicale ; les cause de l'insuffisance rénale chronique sont multiple ; presque toute les maladies atteignant les reins peuvent évoluer vers une insuffisance rénal chronique. On les range en deux catégories :

- ❖ Les maladies rénales à proprement parler, qu'elles atteignent exclusivement les reins (diabète).
- ❖ Les maladies des voies excrétrices (calices, bassinet, uretère, vessie), congénitale (malformation, par exemple) ou acquises (tumeur de la vessie, par exemple). (Larousse médicale, 2000, p.541).
 - Des inflicion rénale répéter
 - Des traumatismes aux reins ou a d'autre parties du corps (écrasement)
 - Une compression prolongée des muscles scolastique (cela cause la libération de myoglobine, qui peut boucher le tubule rénal).
 - Hériditaire (polykistose, maladies d'al port ...).
 - Endocrine (diabète, hyperparathyroïdie primaire). (Elaine, 1999, p, 1002).

- Néoplasique (hypernephrome, métastase, lymphome).
- Vasculaire (hypertension artérielle, embolies). (Radermacher, L, 2004, p15).
- L'hypertension artérielle et le diabète sont responsables de près d'un cas sur deux de maladies rénale chronique.
- Une obstruction des voies urinaires et un reflux, attribuable à l'infection et aux calculs fréquent ou a une anomalie automatique congénitale (http://santé.Canos_info_detail).

<u>Affection</u>	<u>%</u>
Diabète	30,6
HTA	26,5
Glomérulonéphrites	13,6
Polykistose	3,4
Uropathies	5,4
Autres et inconnues	20,5

Tableau 1 : les principales causes d'insuffisances rénal chronique.
Boubchir, A, 2004, p 25).

II.2.2.4. la classification de l'insuffisance rénale chronique :

<u>Les différents niveaux</u>	<u>Créatinine (μ mol/l)</u>	<u>Clairance de la créatinine (ml/mn)</u>
<u>Débutante</u>	110 à 150	60 à 100
<u>Modérée</u>	150 à 300	30 à 60
<u>Sévère</u>	300 à 600	15 à 30
<u>Evoluée</u>	600 à 800	10 à 15
<u>Terminale</u>	>800	<10

Tableau 2 : les différents niveaux de l'insuffisance rénale chronique (Bouchir, A, 2004, p. 24).

II.2.2.5. l'insuffisance rénale chronique en Algérie :

L'insuffisance rénale chronique est un terme qui désigne l'altération à des degrés divers du fonctionnement des deux reins, le nombre de personnes touché par cette maladie ne cesse de croître dans le monde.

- en Algérie, on estime le nombre des nouveaux patients enregistrés chaque année au stade terminal de leur insuffisance rénale à 3000 cas, soit 50 à 100 nouveaux cas par million d'habitants, 2004, les statistiques du ministère de la santé faisaient état du traitement de 300000 patients.
- l'hémodialyse en centre lourd (CHU, hôpitaux régionaux) est la première méthode de traitement dans notre pays, très loin devant la dialyse péritonéale, la greffe rénale et l'hémodialyse hors centre qui est quasi-inexistante.
- C'est à partir de 1980 que la technique de dialyse péritonéale (DP) a été introduite en Algérie, et ce, grâce aux efforts des premiers spécialistes algériens en néphrologie, et la première greffe rénale à partir de donneurs a été effectuée le 14 juin 1986.
- Environ 10% des patients sont mis sous la technique de la dialyse péritonéale continue ambulatoire.

Un arrêté ministériel autorisant le prélèvement d'organes et de tissus humains : rein, foie, et cornée pour l'opération de transplantation sur des patients nécessitant cette thérapie a été diffusé (en 2002) à certains établissements de santé (CHU Mustapha d'Alger, EHS clinique Daksi de Constantine). Il s'agissait de dynamiser l'activité de greffe au niveau des deux centres existants à partir de donneurs cadavériques (opération moins douloureuse que sur un donneur vivant, tout en permettant un développement plus rapide de la technique de la transplantation).

- Au 25 septembre 2005, 238 opérations ont été effectuées en Algérie (160 à l'hôpital de Mustapha, 69 à l'EHS de Constantine et 9 à l'hôpital de Blida). 18 transplantations rénales ont eu lieu en 2005 et d'autres greffes sont prévues avec l'ouverture des centres spécialisés d'Oran, Tizi-Ouzou et d'Annaba.
- Le nombre de patients pris en charge au 31 août 2005 est de 5 187 dans le secteur public et 2 423 dans le secteur privé qui compte respectivement 104 et 45 centres d'hémodialyse.

- Le cout inhérent à la prise en charge thérapeutique en hémodialyse atteindrait 20 milliards de dinars par ans, une seule séance d'hémodialyse coute entre 7 000 et 10 000 dinars et chaque malade a besoin d'une séance tout les deux jours, ceci sans compter, parfois, l'achat de médicaments très couteux (ex : l'EPO, une hormone qui évite l'anémie et qui coute environ 17 000 dinars le coffret de six dose... non remboursé par la CNAS).
- Sur le plans religieux la question est réglée, car il y a eu une fatwa, les religieux ayant précisé que la mort cérébrale est une clinique.
- En 2005, il y avait 145 centre de dialyse avec 1 860 générateur de dialyse pour 7 800 malades, en juin 2006 ils sont 168 centre fonctionnels dont le tiers est constitué de centre privés conventionné avec la CNAS, possédant 2 000 générateur pour 10 000 malades dialysé, ce sont quelque 110 000 séances d'hémodialyse qui sont assuré chaque mois.
- En janvier 2006, un projet de réalisation en 24 mois, d'un institut nationale de rein est lancé au niveau de CHU Frantz fanon de Blida : 13 587 m², cout globale de 801 708 000 dinars, 189 lits ; 7 cabinés ; imagerie médicale, plateau technique (scintigraphie, endoscopie, lithotritie, l'laboratoire, service de médecine légale, pharmacie, six générateur pour l'hémodialyse, auditorium, amphithéâtre, bibliothèque...).
- Selon le Pr Madjid Bokhari, l'hors d'une conférence de presse tenues mercredi 13 mars 2008, à la veille de la calibration de la journée mondiale de la néphrologie, entre 1 500 à 3 000 nouveaux cas d'insuffisances rénale(il y a au totale 10 000 personnes atteintes de pathologie soit 375 pour 1 million d'habitant)sont enregistré chaque année et le nombre de personne atteinte des différentes pathologie rénale ce situe entre 5et 6 million, actuellement, il existe selon lui , 270centre de dialyse , dont 70 privés. La prise en charge globale coute 40 à 60million de dollars , soit 2,25% de budget de la santé .a noté que la norme internationale fixe la moyen à six transplantations pour 1 million d'habitants, mais l'Algérie n'en effectue encore que 3,5 ... alors qu'il peut être effectué 30 pour un million s'il y avait plus de donneurs et si le prélèvement d'organes sur les cadavre était plus aisé. L'année 2006 a connu une relance des transplantations (116 opération... et 117 en 2007) et le programme du

ministère ambitionne de réaliser 200 transplantations par an (alors que les besoin ce situe entre 200 et 500 greffes / an.

- 300 néphrologues algériens exercent en 2008 en France.
- Une séance d'hémodialyse coute environ 7 000 dinars dans le secteur public et 10 000 dinars dans le secteur privé... et les insuffisants rénaux on besoin de trois séance hebdomadaire.
- Selon le mésentère de la santé (18 décembre 2008), lors d'une journée d'information et de sensibilisation portant sur le greffe rénale a partir des donneur cadavérique, l'Algérie a besoin de 4 000 greffe annuellement, l'Algérie comptant 13 000 insuffisant rénaux et en enregistrant chaque année environs 4 500 nouveaux cas, dont 90% nécessite une greffe rénale.
- En 2009, il ya 230 centre d'hémodialyse traitants près de 10 000 patients.
- Selon Pr Ryan, le président de la société algérienne de néphrologie (10 mars 2010 et mercredi 13 octobre 2010), 1 000 greffe rénales on été faites depuis 1986 dont 6 00 en Algérie et 40 a l'étranger alors que le nombre de personnes nécessitant soit une dialyse soit une transplantation est au nombre de 3 500 par an, 13 500 patients bénéficient des traitements dans plus de 250 centre de dialyse.
- Depuis 1986 a 2011, moins de 1 000 greffe rénales on été réalisé et la liste d'attente qui était de 3 000 patients on l'an 2000, a plus que doublé en dix ans (7 000). Selon Pr Rayan (samedi 17 décembre 2011), 80 à 100 nouveaux cas d'insuffisance rénales sont enregistré annuellement pour chaque million d'habitant.... Et le cout de la greffe d'un seule rein est de un million cinq de dinars, (ELWATAN, publier le 28 avril 2013).

Actuellement près de 13 000 personnes sont touchés par l'insuffisance rénale chronique (IRC), une maladie qui demeure insidieuse et méconnue de grand public, dans notre pays, environs 4 000 nouveaux cas d'insuffisance rénale chronique sont enregistré chaque année.(Boubka, A, 2009, p.6).

II.2.2.6. Le traitement de l'insuffisance rénale chronique :

En cas de l'insuffisance rénale chronique (IRC), comme traitement en dehors de la transplantation rénale on trouve... la dialyse péritonéale et l'hémodialyse.

Le choix entre la dialyse péritonéale ou l'hémodialyse doit être discuté en fonction de la disponibilité de la technique, des conditions sociales de vie et de l'éloignement du centre de dialyse ainsi que de l'âge du patient et de sa capacité à gérer le traitement. (<http://www.inserm.fr/insuffisance-renal>).

6.1. La dialyse péritonéale (DP) :

Technique de dialyse utilisant comme membrane d'échange et de filtration une enveloppe interne du corps, le péritoine. La dialyse péritonéale fut d'abord employée pour le traitement de l'insuffisance rénale aiguë, puis plus récemment du fait de la bonne résistance du péritoine, pour celui de l'insuffisance rénale chronique. Le péritoine (membrane à double feuillet qui tapisse la cavité abdominale et les organes qu'elle contient et dont l'une des faces est parcourue par de nombreux capillaires sanguins) est utilisé comme système de filtration naturelle lors de cette technique d'épuration extra-rénale. Les échanges d'eau ou de substances dissoutes (sodium, potassium, calcium) s'effectuent alors entre le sang contenu dans les capillaires péritonéaux et le dialysat, préparé à l'avance dans une poche en plastique ; celui-ci est introduit dans la cavité péritonéale par un cathéter en silicone implanté chirurgicalement dans la paroi abdominale, qui sert également à son évacuation. L'introduction de dialysat dans la cavité péritonéale et sa vidange sont facilitées par l'utilisation d'une machine automatique. Une fois infusé, le dialysat est jeté et remplacé par un dialysat frais. (OLMEIR, M, 2007, p.9)

➤ Principe de la dialyse péritonéale :

La membrane péritonéale permet les échanges en dialyse péritonéale : les transferts diffusifs selon les gradients de la concentration transmembranaire permettant la diffusion des molécules dissoutes ; l'ultrafiltration est réalisée avec des solutions de dialyse péritonéale de forte osmolarité (glucose hypertonique), ou à pression colloïdale élevée (polymère de glucose). Ceci permet d'obtenir une soustraction nette de liquide, nécessaire chez les patients uraémiques. (MOULIN, B et PERALDI, M, 2007, p.215).

6.2. Hémodialyse (HD) :

6.2.1. Définition :

« Hemo » et « dialyse » viennent de mot grecs qui signifient respectivement « sang » et « séparer », ainsi, l'hémodialyse (HD) consiste à éliminer les déchets toxiques et la surcharge hydrique de l'organisme, en filtrant le sang. L'HD se pratique en trois lieux : au centre d'auto dialyse, au service d'hémodialyse et à domicile.

L'hémodialyse est une technique d'épuration extra-rénale qui met en contacte le sang du malade, par l'intermédiaire d'une membrane semi-perméable, avec une solution de dialyse, circulant à contre courant. (Boubchir, A, p.192).

Selon le dictionnaire médical, c'est une méthode d'épuration du sang au moyen d'un rein artificiel, l'hémodialyse est parfois utilisée dans certains cas d'intoxication grave, mais c'est surtout le traitement majeur de l'insuffisance rénale aiguë et chronique. A moins qu'une greffe de rein puisse être pratiquée, le traitement de l'insuffisance rénale chronique est défini.

L'insuffisance rénale aiguë correspond à une défaillance transitoire de quelque jour à plusieurs semaines, du fonctionnement du rein, lorsque celle-ci est importante, elle peut nécessiter une épuration du sang par l'hémodialyse en attendant que la fonction rénale soit rétablie. (Larousse médicale, 466).

6.2.2. Contexte historique d'hémodialyse :

C'est en 1854 que le chimiste Ecossais THOMAS GRAHAM met en application les travaux relatifs au transfert d'un solvant et de soluté à travers d'une membrane semi-perméable, effectuer dès le début du XIX^e siècle par le physiologiste français HENRI DUTROCHET. Le principe de l'hémodialyse est né, une membrane, même artificielle, l'aisés passé l'urée, petite molécule, déchets du fonctionnement de l'organisme, mais se comporte comme une barrière infranchissable pour les grosses molécules biologiques comme le fait le rein.

1915 : la première hémodialyse tentée sur un humain est réaliser en Allemagne par le docteur GEORGE HAAS.

1922 : découverte de l'héparine, elle sera utilisée par l'injection dans le circuit sanguin comme anticoagulant.

1937 : le professeur allemand W. Tahlhimer constate que la cellophane, matériau cellulosique se révèle être une excellente membrane de dialyse.

Au milieu des années 50, le Docteur Schribner exploite les récentes découvertes du téflon et du silastic pour créer un dispositif appelé « Shunt de Schribner », permettant désormais un accès vasculaire permanent.

1962 : ouverture du premier centre de dialyse à Seattle, aux États-Unis.

1965 : James Cimino crée les premières fistules artério-veineuses.

1970 : L'électronique intègre les générateurs et en améliore le suivi des paramètres et la sécurité.

1980 : la détection de la présence d'air dans le circuit sanguin, le dégazage et la détection de fuite de sang dans le circuit de dialysat deviennent systématiques, le bicarbonate remplace peu à peu l'acétate dans l'élaboration du dialysat.

Aujourd'hui l'évolution des dialyseurs, des circuits extracorporels, des appareils de dialyse associés à des protocoles sophistiqués ont permis de diminuer les réactions secondaires, sur le plan clinique du patient, la maîtrise de dialyse est maintenant très grande et les accidents techniques sont très rares. (Afidtn, 2009, p.18).

6.2.3. Les principes de l'hémodialyse :

L'hémodialyse met à profit deux propriétés physiques des membranes semi-perméables :

3.1 - Diffusion : transfert passif de substance dissoute à travers une membrane, sans passage de solvant (eau), c'est le principal mécanisme épurateur dans l'hémodialyse, électrolytes et molécules de petit PM (urée, créatinine,...) diffusent à travers la membrane du milieu le plus concentré au milieu le moins concentré.

3.2 - Ultrafiltration : phénomène régi par un gradient de pression qui fait passer un liquide à travers une membrane semi-perméable. (Boubchir, A, 2004, p, 193)

C'est le transfert des molécules d'eau à travers la membrane sous l'effet d'une pression hydrostatique (dans le cas de l'hémodialyse) ou osmotique (dans le cas la dialyse péritonéale).

3.3- Le dialyseur :

C'est une cartouche qui contient deux compartiments, dans l'un circule le sang, et l'autre le dialysat, entre les deux membrane synthétique semi-perméable constitué de très nombreuse de fibre capillaires, percées de pores, qui ne vont pas échanger entre les deux compartiments, cela permet de débarrasser le sang du patients des déchets toxiques des anomalies électrolytiques et l'excédent d'eau accumuler dan l'organisme.

3.4 - le dialysat ou bain de dialyse

Le dialysat est préparé tout au long de la séance de dialyse par le générateur à partir d'une eau très pure qu'est proportions très précises avec une solution concentrée en sodium, clore, calcium, bicarbonates,... (P, Simon l'insuffisance rénale « prévention et traitements », Masson, 2000, p, 113, 114,115)

6.2.4. Centre d'hémodialyse et séance

4.1. Les différentes unités de dialyse

En fonction du choix et de l'état du patient, l'hémodialyse seras proposée selon l'une des maladies suivantes :

4.1.1. Unité de dialyse médicalisée

Elle accueille des patients qui ne peuvent pas ou ne veulent pas être pris en charge à domicile ou en unité d'auto dialyse et qui nécessite une prise médicale intermittente.

4.1.2. Unité d'auto-dialyse

L'auto-dialyse est réservée a des patients formés à l'hémodialyse et autonomes, capable d'assurer eux-mêmes en présence d'une infirmière formé a la technique de l'hémodialyse, cette unité fonctionne sous la responsabilité de l'équipe néphrologique.

4.1.3. Unité d'auto-dialyse assistée

Le patient est formé à l'hémodialyse, il est partiellement mais peut solliciter a l'aide d'une infirmière, l'unité est sous responsabilité de l'équipe néphrologiques de centre d'hémodialyse qui assure le repli du patient, si l'hémodialyse à domicile : l'habitat ou son substitut doit permettre le traitement du patient, des conditions suffisantes de sécurité et de confort.

L'hémodialyse à domicile est présence d'une trière personne (membre de le famille, infirmière), le traitement se fait par responsabilité de l'équipe médicale néphrologique. (B.Boubchir, 1996,p 193,194).

4.2. L'hémodialyse impose trois séances par semaine d'une durée de 4 à 6 heures pour chacune

En centre de dialyse, les séances d'hémodialyse s'effectuent à l'heur fixe, jours par jours

4.3. La mise en place de la fistule artério-veineuses

Les veines superficielles n'ont pas un débit suffisant pour permettre la dialyse, on la réalise chirurgicalement et sous anesthésie locale, une fistule artérielle, elle relie une artère à une veine située à proximité.

De la sorte une partie du sang détourné dans la veine qui vas sous l'effet de la pression se dilater pour assurer un débit sanguin augmenté, la fistule est pratiqué le plus souvent à l'avant- bras.

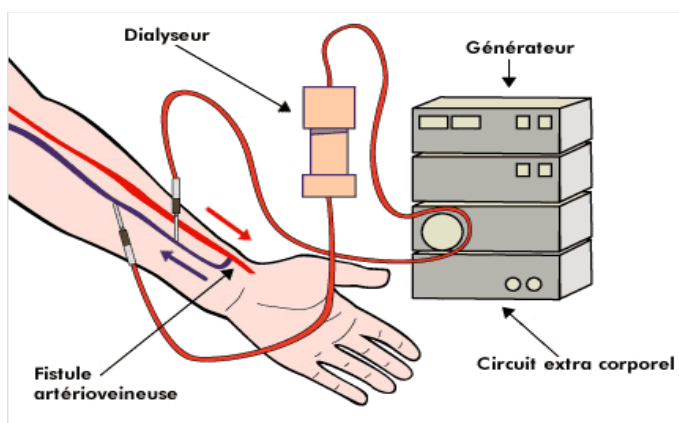


Figure 2 : la mise en place de la fistule artério-veineuses

4.4. Le circuit extracorporel

Il permet grâce a une ponction dans la fistule de prélever le sang du patient qui seras conduit d'un tuyau amené au dialyseur ou il sera épuré et ramené ensuite au patient en utilisant une ponction dans la fistule.

1. Premièrement :

Le patient arrive généralement transporté par un taxi, une ambulance ou sa voiture personnelle.

2. Deuxièmement :

Il est pesé afin de calculer le poids a perdre, entre les dialyses prend en effet du poids en raison de liquides qui absorbe et qu'il ne peut éliminer normalement par voie urinaire.

3. Troisièmement :

La fistule est ponctionnée en deux endroits pour assurer un circuit sanguin extracorporel.

4. Quatrièmes :

Le sang est entraîné par une pompe à 300m/h. il traverse le dialyseur puis le patient.

5. Cinquièmement :

Pendant les heures de dialyse, installée dans un lit ou un fauteuil, le patient peut lire, regarder la TV. Ecouter la musique, manger, dormir,....

6. Sixièmement :

Au terme d'une séance de dialyse bien conduite, le patient doit partir en ayant retrouvé sont poids de base dit poids sec correspond à une pression artérielle normale et à un état générale satisfaisant. (Farid Hacha, psychiatre et psychologue médicale, 2003, p. 94).



Figure 3 : Le principe de l'hémodialyse

4.5. Incidents au cours d'une séance d'hémodialyse :

<u>Incidents</u>	<u>causes</u>	<u>traitement</u>
Hypotension	Délimitation en eau ou sel, ultrafiltration trop forte, hypo volémie.	-installer le patient en position proclive, arrêt d'ultrafiltration, perfusion salée hypertonique ou macromolécules ou oxygénothérapie
Fièvre	Infection bactérienne, -erreur de T° de dialysat	-hémocultures et antibiotique
Crampes	-troubles hydro- électrolytique	-apport en Na, glucose hypertonique
Trouble de rythme	-hypo volémie, hyper K, hyper Ca.	ultrafiltration
Circuit en pression négative	-problèmes d'accès vasculaire -obstacle sur la ligne	

Tableau 3 : Incidents au cours d'une séance d'hémodialyse. (Bouchir, A, 2004, p.224).

6.3. Transplantation rénale

La transplantation rénale est couramment utilisée comme un traitement de l'insuffisance rénale terminal depuis de nombreuses années, c'est le seul traitement qui permette de redonner une vie presque normale aux insuffisantes rénales chroniques, au prix d'un traitement immunodépresseur permanent et une surveillance indéfiniment poursuivie. Les résultats continuent à s'améliorer progressivement et les complications sont plus rares et mieux maîtrisées. Néanmoins, la transplantation pose encore des problèmes multiples et complexes qui nécessitent un environnement spécialisé. Ces problèmes tiennent en particulier : au receveur, exposé depuis plus ou moins longtemps au retentissement viscéral de l'insuffisance rénale chronique ; au greffon, souvent prélevé dans des conditions difficiles chez un sujet dont l'état de santé antérieure n'est pas toujours bien connu ; aux traitements corticoïdes et immunodépresseurs, qui font courir des risques à court et à long terme au receveur. La transplantation rénale doit donc être précédée d'un bilan précis et d'une véritable préparation du receveur : prévention des foyers infectieux, détermination des groupes sanguins et tissulaire, protocole transfusionnel éventuel. L'intervention chirurgicale est techniquement simple mais doit être réalisée avec minutie. (Meyrier.A, 1994, P.407).

Conclusion

Bien que l'insuffisance rénale chronique puisse être causé par des maladies rares et imprévisibles, elle est le plus souvent la conséquence d'affections fréquentes comme le diabète (type 1 et 2) et l'hypertension artérielle, un contrôle strict de ces maladies réduiras considérablement le risque de voire apparaitre cette complication, n'oubliant pas que ses symptômes apparaissent seulement une fois l'insuffisance rénale bien installée et qu'un dépistage régulier par prises de sang et analyse d'urine est nécessaire pour les patients à risque.

Une fois celle-ci installée cependant, tout n'est pas perdu. En effet, les patients encore ont possibilité de ralentir la progression des dommages rénaux en continuant à garder le contrôle sur la maladie sous-jacent, en respectant une diète appropriée, en utilisant certains médicament au besoin et en cessant la consommation du tabac.

Avec une bonne observance aux conseils et traitements, il est possible de bénéficier à une bonne qualité de vie malgré le problème, pendant de nombreuses années.

- **B/ L'hémodialyse : aspect psychologique :**

Introduction :

L'hémodialyse est l'un des traitements de l'insuffisance rénale, qui pourrait entraîner le patient à un choc psychologique et avoir des réactions imprévisibles comme : la détresse, la panique..., ou l'anxiété pourrait se manifester, autrement dit les maladies chroniques ont une immense influence sur le psychisme.

1 / L'annonce de la maladie :

L'annonce de la maladie est presque toujours vécue comme un traumatisme, souvent brutale, inattendu de la personne concernée. La maladie rénale est souvent silencieuse, elle cause peu de symptômes, et elle est invisible à soi et aux yeux des autres.

Chaque malade réagit différemment à cette maladie chronique, aussi singulièrement, il s'inquiète, s'effondre, puis aménageant en fonction de sa vie personnelle et professionnelle.

KUBLER-ROSS, citée par PENDINELLI (2005, p. 43), décrit les phases psychologiques par les

Quelles le malade passe durant la période de sa maladie chronique et avant d'accepter sa maladie, c'est un cycle similaire au cycle de deuil, décrit également par KUBLER-ROSS.

- a) Phase de refus ou d'isolement :** cette phase doit être respectée, car elle sert « d'amortisseur » à la perception ou à la connaissance de l'aspect fatale ou gravissime de la maladie.
- b) Phase de colère (irritation) :** elle est liée à la question « pourquoi moi ? », et peut amener à des projections agressives, et pouvant aussi amener à la rupture du lien médecin-malade.
- c) Phase de marchandage :** il se retrouve avec le soignant, et très souvent avec dieu.

- d) Phase de dépression :** elle contient deux aspects ; la dépression réactionnelle due aux pertes (de sa perception a soi et aux autres) et « le chagrin préparatoire » d'acceptation de son destin.
- e) Phase d'anxiété :** elle est omniprésente, un peu comme la névrose d'angoisse sur un fond continu d'incertitude s'inscrivent des acmés provoquées par des incidents intercurrents, ou par la crainte de ceux-ci (post-traumatique stress désordre du DSM III-R). Parfois, l'anxiété traduit un épisode somatique, hypertension, infections, troubles hydro électrolytique...
- f) Phase d'acceptation :** c'est la phase pendant laquelle la personne est vide de sentiment.
- g) Phase d'espoir :** l'espoir se présente dans toutes les phases de la maladie et demeure jusqu'au dernier instants.

L'annonce de la maladie, et le passage à la dialyse sont des moments clés qui se déroulent dans une relation humaine ou le patient a toujours espéré pouvoir repousser cette échéance.

Dans cette période le patient doit réinventer une manière de vivre, d'une part construire ses propres normes tout en restant ouvert à la relation de soin auquel le malade contracte. D'autre part surmonter ses propres barrières. La barrière de refus et de l'ignorance de la maladie ; prendre en considération les exigences pratiques, la relation thérapeutique ; dialogue avec les acteurs médicaux et sociaux. (Echos, 2011, p.10).

2/ Symbole de la machine et le sang :

a. La machine

La machine peut être concédée comme mère toute puissante nourricière (des produits sont injectés grâce a la machine). C'est elle qui maintient les patients grâce aux tubulures que certains patients évoquent comme un cordon ombilical.

b. Le sang

Prolonger la vie grâce à une machine qui filtre le sang et qui peut évoquer le mythe du vampire, obligeant ainsi de boire le sang, afin d'être vivant pour prolonger son existences. Ce mythe met en évidences l'investissement du sang comme

précieux. Liquide qui symbolise la force vitale dont la perte constitue un danger mortel.

3/ problématique du corps :

a. Le corps morcelé

En hémodialyse voir son sang à l'extérieur du corps ainsi que la machine, considéré comme le « bon rein » pose le problème de l'intégrité corporelle, de la nouvelle dimension morcelé du corps ; c'est-à-dire il ya renversement du dehors et dedans, le bon rein artificiel est hors du corps. Le « mauvais rein » ou « rein mort » est a l'intérieure. Cette vision, au début est souvent traumatisante et occasionne une modification du vécu corporel.

L'introduction du cathéter dans la peau est vécue comme une répétition du « trou », occasionné par le rein défaillant. Il en va de même pour le péritoine percé qui soulève des inquiétudes au sujet de l'intégrité du corps.

b. Corps déformé et mutilé

La honte et pailleurs est très présente, bras déformé, parfois de manière très impressionnante par la fistule, marque de piqûres qui peuvent évoquer « le droguer »...etc.

Le canthère de dialyse péritonéale peut être vécu par les patients comme une véritable mutilation, certaines femmes craignant de provoquer un dégoût chez leur conjoint.

Le canthère est vécu par le patient comme un objet étranger a eux même, objet fragile, précieux qui à besoin de protection, qu'on n'ose pas toucher par crainte de l'abimer.

Le patient dialysé à un profond désir d'apparaître comme tout le monde, de ce fait, la préoccupation de l'apparence peut viser à maintenir l'intégrité de soi, c'est un moyen de lutter contre les modifications de l'image du corps liées à la maladie chronique. (Tribolet, S et Shahidi.M, p.373).

C. Troubles divers

C.1. La castration

La perte de la fonction rénale génère toujours un sentiment de castration, il s'agit là d'un sentiment déjà éprouvé au cours de la vie (enfance, adolescence,...etc.) en effet, être en dialyse, c'est avoir perdu de sa puissance. Dans le discours de l'insuffisances rénales chroniques revient souvent des thèmes de mutilation, de mort, de manque, de vide, constat d'un échec et d'un manque qui signent ce sentiment très net de castration.

C.2. La culpabilité

Elle est souvent présente même si elle n'est pas consciente, la maladie peut être ressentie comme une punition et réveiller une culpabilité préexistante. La quête étiologique tente d'exclure ce sentiment de culpabilité (étiologie génétique, non suivi du régime diabétique, mauvais choix de la médecine qui n'à rien détecter...etc.) la culpabilité est l'objet de tous les efforts d'annulation et de refoulement.

C.3. sexuelle

La difficulté à faire le deuil de la fonction urinaire et son symbolisme sexuelle peut entraîner une impuissance sexuelle, ainsi un déficit en hormone sexuelle est observé chez les dialysés dont la cause exacte n'est pas connue, ce déficit hormonale peut expliquer partiellement une baisse de désir.

Il semble aussi exister un déficit en neurotransmetteurs (substances chimique qui transmettent l'information d'un neurone à l'autre) entraînant un retentissement sur le désir. (Ibid., p.374).

4/ L'adaptation psychologique à la dialyse

Les descriptions de l'adaptation psychologique à l'épuration extra-rénale qui mettent en avant des mécanismes de coping, les quatre stades classiques de la période d'apathie c'est-à-dire l'apathie extrême, à la quelle succède une période d'euphorie coïncidant avec l'amélioration somatique obtenus lors des premiers dialyse, puis la période d'anxiété liée au poids des contraintes tout à fait importantes du traitement, et enfin la période de lutte et d'ajustement à la maladie chronique.(Cupa.D.2002,P.24).

5/ Les défenses utilisées par le patient

Les patients se protègent d'une réalité intolérable, d'impuissance, de dette en mettant en place des comportements défensifs :

a. Le déni

Le déni peut se comprendre comme équivalent psychotique de la dénégation, il porte sur le réel, alors que la dénégation porte sur les contenus inta-psychiques. Il consiste en un refus de la réalité d'une perception, parce qu'elle est vécue comme dangereuse ou douloureuse pour la Moi.

Une part des insuffisants rénaux chronique cannaient la réalité, l'autre la refuse. En effet, un certain nombre de patients, imaginent fermement que lorsque ça ira mieux, on arrêtera la dialyse.

b. L'agressivité

Elle est souvent le résultat de l'angoisse, d'un sentiment d'inutilité et d'isolement affectif, cela peut être :

- Une compensation, par des réactions de prestance, de l'impuissance physique.
- Etre la manifestation d'un sentiment d'infantilisation, les patient luttent contre une situation imposé ou on leurs demande a la fois d'être autonome ce prendre en charge notamment par rapport au régime...etc. ; mais d'être aussi des enfants puisque ils sont soumis a l'équipe soignantes, il s'agit là pour eux d'une blessure narcissique

c. la régression

La régression, c'est retournée a un état antérieur et moins élaborer, c'est-à-dire souvent retourné a un état infantile.

Certains patients vont se laisser entraîner dans une régression sociale avec souvent perte ou abandon de l'activité professionnelle mais également une régression familiale car les rôles homme / femme sont souvent renversés.

La régression peut également se manifester en se plongeant le plus rapidement dans le sommeil, ici, le patient fait le mort pour exorciser l'angoisse, mais ce comportement est souvent le signe d'agressivité sous-jacente.

d. La maîtrise

Certains patients vont se rassurer en entrant dans la maîtrise, les soins peuvent être vécus de manière persécutée car aliénants et s'identifient aux médecins ou à l'infirmière on connaît le fonctionnement de la machine est un moyen de lutter contre les fantasmes dangereux et intrusifs, ils ont besoin de contrôler pour apaiser l'angoisse liée à la maladie ou au traitement, ils vont rationaliser l'origine de leurs maladies par des raisons irrationnelles parfois (punition, etc.), ils peuvent devenir épuisants pour les soignants et leurs familles car ils veulent toujours avoir des raisons et acceptent difficilement les conseils et les modifications du traitement.

e. Les défiances somatiques

Comme les troubles fonctionnels de types fatigue, insomnie... etc. ; la voie du corps est utilisée de manière préférentielle. (Becker. D. et coll. 1978, p. 257,266.)

6/ les difficultés rencontrées par la famille du patient

Les proches subissent l'effet néfaste de la maladie qui bouleverse aussi leur vie.

- Elle peut avoir, en raison d'un arrêt du travail, des retentissements économiques auxquels faut faire face.
- Elle entraîne des changements de l'organisation quotidienne en raison de déplacements fréquents en consultation et oblige parfois toute une famille à modifier ses habitudes alimentaires.
- Elle entraîne des frustrations lorsque la maladie mobilise toute la famille mêlée d'un sentiment de culpabilité.

Par ailleurs les proches sont victimes de leur propre angoisse, peur de l'avenir, sentiment d'impuissance, malaise.

Pour réduire leurs tension émotionnelle ils sont tenté d'avoir recours au non-dit a la banalisation... etc. (CUPA. D, 2002, p. 14).

7/ rôles des soignants (médecins, infirmiers ... etc.)

Qu'ils le veillent ou non le soignant est de l'autre coté de la barrière, il possède savoir et pouvoir, néanmoins des liens très étroits se crée entre patients hémodialysée et soignant, ceci est due a la chronicité qui peut être usante pour le soignant, mais également très riche en contacte humain, forcément l'affection entre en jeux.

Pourtant pour le soignant aussi ce n'est pas facile il peut avoir du mal a s'y retrouvée, l'ambivalence marque de sont signe la situation : <<ce sont des patients gravement malades, et au même temps, ils semblent en pleine forme... ils sont fragile mais on oublie quand en apprend la mort de l'un deux on est obliger de s'en rendent compte >>

le soignant doit tolérer les comportements défensifs qui permettent de s'adapté et de se réadapté a sa situation.

Par ailleurs, il peut arriver que les soignants se défendent par un déni de la gravité de la situation et surestiment les capacités d'adaptations des patients au traitement.

8/ Rôle du psychologue avec les patients

Le travail du psychologue est plus précisément psychanalytique au prés des patients, s'appuis sur certains types d'interventions.

- De façon a témoigner d'une écoute au-delà et en deçà de ce qui est effectivement dit par le patients prenant acte de ce que il veut dire avant d'analysé ce qu'il dit sans le vouloir.
- En proposant des formulations qui ouvrent de nouvelles démenions de sens.
- En mettant en correspondance les émotions et des images proposer par le patient lui permettant ainsi de crée de nouveau liens.
- En témoignant de notre attention, de notre mémoire, de notre souci de compréhension de l'expérience du patient, en particulier de sa souffrance et de ses craintes de la mort.

Le processus qui s'engage permet alors que le patient, au de la de ses souffrances, arrive a éprouvée un certain plaisir, a s'intéresser a son propre fonctionnement psychique et a retrouvé sa propre histoire ainsi pouvant nous commencé a redonnée et rétablir une meilleur homéostasie narcissique chez ces patients, les éléments dépressifs pourront s'atténuer et permettront une reprise de l'activité et un rapport a la passivité moins angoissante, moins prés de la dépendance traumatique aux soins, il serra possible de constaté corrélativement un relâchement progressif des défonce archaïque, les relation interpersonnel deviendront plus souples, la pensée se libérera, plus créatrice, moins entravée par la lutte anxieuse face aux perte et aux risque de mourir. (IBID, p. 16).

Conclusion :

La dialyse que ca soit par la dialyse péritonéal ou par l'hémodialyse bouleverse la vie des patients par la fréquence et le temps nécessaire du traitement.

L'adaptation a ce nouveau mode de vie est difficile initialement, ce qui fait appel a plusieurs troubles psychologiques comme l'anxiété, mais la plupart des patients peuvent vivre une vie avec une qualité acceptable et ca pendant de nombreuses années.

Chapitre II anxiété

Introduction

Jusqu'à une date assez récente, la plupart de nos patients n'en savaient rien. Aussi était-il rare qu'ils reconnaissent leur trouble en tant que tel et consultent pour ce motif. Plus souvent ces patients se plaignent des conséquences somatiques, cognitives, voire comportementale de l'anxiété. Actuellement les problèmes psychologiques, l'écoute de soi-même sont à la mode.

La grande presse regorge d'articles consacrés au stress, à la dépression, au psychotrope... aussi les patients rattachent-ils leurs troubles à l'anxiété plus facilement qu'auparavant, voire par excès. Le mot stress est galvaudé et sert d'alibi à toute difficulté physique ou psychique. (R.Radat, 1998, p01)

1. Définition de l'anxiété

1.1 L'anxiété est un sentiment d'insécurité douloureuse devant un changement à venir, mais intérieure, latent, non défini.

1.2 Un sentiment pénible, d'attente, une peur sans objet, la crainte d'un objet imprécis. (M.Frèrèri, 1998p04).

1.3 Elle a été définie comme un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche.

1.4 L'anxiété a été considérée comme une émotion caractérisée par l'ambiguïté (de l'information disponible) ou l'incertitude (l'état psychologique conséquent). (P.Gaziani, 2003, p26).

2. Généralités

A.les grandes différences

Il faut distinguer :

- ✓ **L'anxiété normale** : facilement maîtrisée par le sujet, mobilisant ses ressources de façon efficace.
- ✓ **L'anxiété pathologique** : qui retentit au contraire sur l'adaptation du sujet jusqu'à désorganiser totalement son comportement.

Les termes anxiété et angoisse :

Dans le langage : sont particulièrement interchangeables.

Dans le langage médical : l'anxiété désigne plutôt les vécus subjectifs,

L'angoisse se rapporte aux manifestations fonctionnelles somatiques qui

L'accompagnent.

Une distinction doit être établie entre :

- **L'anxiété état** : est transitoire.
- **L'anxiété trait** : représente une disposition de base de la personnalité avec amplification péjorative des événements, tendances à appréhender le monde de façon menaçante, vulnérabilité aux stress.

Une autre distinction peut être opérée entre :

- **L'anxiété symptomatique** : qui peut accompagner pratiquement n'importe quel trouble mental (compris parfois l'état maniaque).
- **Les désordres anxieux** : ou l'angoisse constitue l'essentiel du tableau. (G.Darcourt et coll., 1991, p80).

➤ **Différence entre anxiété normale de l'anormale**

Une bonne façon de distinguer l'anxiété normale de l'anormale consiste à analyser les conséquences de cette émotion sur la qualité de vie de l'individu anxieux et de son entourage.

Des conséquences néfastes sur le travail et sur la vie relationnelle de l'individu, sa détresse, sa souffrance, son sentiment d'impuissance à contrôler ses symptômes ainsi que la durée du trouble (en générale au de là de six mois) établissent le seuil de la pathologie.

B. Les théories

Il existe plusieurs théories psychologiques majeures relatives à l'anxiété:

Théories psychodynamique, théories comportementales, théories cognitives

▪ **La théorie psychodynamique**

Se concentrent sur les symptômes comme expression de conflits sous-jacents, par exemple, le comportement compulsif et ritualisé peut être analysé comme une succession de mécanismes de défenses spécifiques qui sert à canaliser des impulsions défendues. Les comportements phobiques sont considérés comme une suite de mécanismes de défense suivant les mêmes règles.

Selon la perspective psychodynamique, l'anxiété reflète des conflits sous-jacents non résolus dans les rapports intimes ou l'expression de colère.

- **La théorie comportementale**

La capacité humaine à modifier le comportement par l'observation et l'apprentissage peut expliquer l'apparition d'un comportement anxieux en observant les réactions des autres à un stimulus donné dans ce sens, le trouble anxieux généralisé s'explique par la réaction de la personne face son incertitude sur l'efficacité de ses mécanismes d'évitement.

- **La théorie cognitive**

Concernant comment les personnes interprètent ou pensent les événements stressants, joue un rôle important, la perception individuelle est décisive pour moduler la réponse.

L'une des pensées négatives importantes présentes dans l'anxiété, est le sentiment d'incontrôlabilité. Elle est la traduction d'un état d'impuissance et d'incapacité pour prédire, contrôler, ou atteindre les résultats désirés, ces pensées négatives sont trouvées chez les patients affectés par l'anxiété.

Dans notre recherche on a adopté la théorie cognitive-comportementale par rapport à l'échelle d'anxiété d'Hamilton, comme elle donne la possibilité au sujet concerné d'apprendre à gérer son anxiété, en étant à même de reconnaître les facteurs déclencheurs de cette manifestation émotionnelle, on a également utilisé la théorie psychanalytique dans notre entretien clinique.

C. classification des troubles anxieux par le DSM-IV

Classification du DSM-IV, « manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », publié par l'American psychiatrique association en 1994 (version française : Masson, 1996). Cette classification est généralement adoptée par les professionnels de la santé en Amérique du nord.

3. Les symptômes de l'anxiété

On peut classer les manifestations de l'anxiété en quatre catégories : symptômes affectifs, physiologique, comportementaux et cognitifs.

3.1 Symptômes affectifs

Comme l'inquiétude, la peur, l'appréhension ou l'impression du danger immédiat, la sensation d'être tendu, oppressé, les sensations d'irritabilité, etc. :

3.2 Symptômes physiologiques

Se traduisent par des étourdissements, des palpitations, des serremments dans la poitrine, des difficultés à respirer, des engourdissements, une boule dans la gorge, des céphalées, etc.

3.3 Symptômes cognitifs

La personne peut souffrir d'un trouble de l'attention, d'un trouble de concentration, ou encore elle peut éprouver des peurs diverses telles que celles de devenir fou, de perdre le contrôle, de s'évanouir, d'avoir une crise cardiaque, etc....

3.4 symptômes comportementaux

Se présentent comme attitude crispé, des mouvements stéréotype, de l'agitation, des tremblements des extrémités, de l'évitement, etc....

Evidement ses symptômes ne sont pas nécessairement tous présent en même temps, ni dans chacun des troubles anxieux. (R.La douceur et Coll., p05).

4. Anxiété généralisé

4.1 Description

L'anxiété constitue actuellement le principal problème en matière de santé mentale. Un tiers de la population en serait affecté. Cependant, un très grand nombre de ces personnes ne sont pas traitées. Cette situation s'explique par le fait que l'anxiété est un phénomène subjectif, complexe et difficile à définir. Il convient donc de bien distinguer l'anxiété normale de l'anxiété dite pathologique ou encore de faire la nuance entre l'anxiété, la peur, la phobie et le stress.

Les cycles successifs de la vie occasionnent de l'anxiété à des degrés divers. L'adolescence, la ménopause et le troisième âge sont des périodes de vie particulièrement propices à l'anxiété puisqu'elles exigent une adaptation aux changements profonds qui s'effectuent dans le corps humain.

Certains scientifiques pensent que l'anxiété est un réflexe conditionné. Selon une théorie psychanalytique, l'anxiété est la manifestation d'un conflit inconscient, d'une maladie, d'une crainte ou d'un événement psychologique troublant qui s'est produit durant l'enfance. Chez certaines personnes, la façon dont elles ont appris à faire face aux événements de la vie peut entraîner une prédisposition à l'anxiété. Il est tout de même important de prendre en compte que l'anxiété bénigne est utile, car elle contribue à l'adaptation et incite l'individu à trouver des solutions; elle est source d'action et de changements.

L'anxiété généralisée

Lorsque l'anxiété devient extrême, donc pathologique, elle altère, voire, paralyse le fonctionnement de la personne, et ce, dans la plupart des sphères de son existence. Une

personne souffrant d'anxiété sévère vit des difficultés considérables tant au travail que dans sa vie familiale, sexuelle ou sociale.

4.2 La peur et les phobies

La peur, quant à elle, est une émotion similaire à l'anxiété, mais elle se manifeste normalement en réponse à un danger ou une menace réelle. Ainsi, il est normal d'avoir peur en forêt lorsqu'on se trouve face à un ours. Mais si l'on s'inquiète des mois à l'avance à cause d'un examen médical de routine, on est anxieux.

Dans le cas où une peur devient extrême face à une situation imaginée comme dangereuse et qu'elle tend à engendrer l'évitement de cette situation, on parle alors de phobie. Dans la phobie, le danger n'est pas réel. Il existe plusieurs sortes de phobies : phobie des animaux, des lieux clos, de la noirceur, des hauteurs, etc.

Le stress est une réaction physiologique et psychologique face à une situation souvent inattendue de la vie. Par exemple, d'importantes difficultés financières, un divorce, un congédiement sont certainement des agents de stress pouvant générer un certain niveau d'anxiété.

L'anxiété est une émotion considérée comme normale quand elle constitue une réponse à un stress. Elle devient pathologique quand l'exposition prolongée au stress crée une peur diffuse est reliée à l'anticipation d'un évènement négatif ou d'un danger imminent indéterminé qui pourrait arriver, qu'elle génère une souffrance et une incapacité fonctionnelle.

« L'anxiété est en quelque sorte, la capacité à amplifier et à créer soi-même du stress. »

4.3 Symptômes

Une anxiété et du souci excessif face aux activités quotidiennes pendant plus de 6 mois consécutifs.

L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des symptômes suivants :

- Agitation
- Fatigabilité
- Difficultés de concentration ou trous de mémoire

- Irritabilité
- Tension musculaire
- Perturbation du sommeil

4. Les causes de l'anxiété

4.1 Facteurs liés à l'environnement

L'environnement d'une personne peut jouer un grand rôle dans le développement de l'anxiété, les problèmes financiers, les conflits familiaux, des parents eux-mêmes sont anxieux et le manque de soutien sont autant de raisons qui peuvent conduire au stress et à l'anxiété chronique.

4.2 Traits de personnalité

Nos traits de personnalité ont une influence sur notre façon de réagir au stress et sur les conséquences du stress, les gens atteints de troubles liés au stress perçoivent souvent le monde qui les entoure comme un menaçant et ont l'impression de ne pas pouvoir faire face à leur environnement, cette perspective pessimiste peut conduire à un manque de confiance en soi et à une faible capacité à affronter les événements.

4.3 Équilibre chimique dans le cerveau

Certaines études montrent que du déséquilibre dans les neurotransmetteurs de notre cerveau tels que la sérotonine ou l'épinéphrine peuvent contribuer à l'émergence de problèmes liés au stress. Des anomalies dans l'hormone du stress appelée cortisol peuvent aussi être détectées. De nombreuses médications peuvent être prescrites pour réajuster ces déséquilibres.

4.4 Hérité

Les troubles anxieux ont tendance à se retrouver de génération en génération. Les gens atteints d'anxiété ont souvent des antécédents familiaux de problèmes de l'humeur ou à l'anxiété, même les problèmes d'anxiété sont souvent liés à l'environnement, les chercheurs pensent aussi qu'il existe des facteurs génétiques dans l'apparition de l'anxiété. Cela peut être par exemple une vulnérabilité biologique face au stress.

4.5 Traumatismes

Un trouble de l'anxiété et du stress peut se développer suite à un événement traumatisant comme un accident de voiture ou un divorce, l'anxiété peut aussi remonter à l'enfance à cause d'un traumatisme particulièrement fort ayant laissé des traces et des prédispositions à l'anxiété. (G.Wahl et C.M.Mitjavile, 2007, p106).

5. Diagnostic différentiel

➤ Trouble anxieux due a une maladie médicale

- ✓ **Cardiovasculaire et pulmonaire** : l'angine de poitrine, l'infarctus de myocarde, trouble de rythme, l'asthme, l'hyperthyroïdie, l'embolie pulmonaire.
- ✓ **Neurologique** : épilepsie, les vertiges vrais
- ✓ **Endocriniennes** : l'hypoglycémie, hyperthyroïdie, syndrome de cushing. Toutes les affections douloureuses en particulier abdominales.

➤ Trouble anxieux induit par une substance : caféine, cocaïne, cannabis ainsi que les sevrages de produits dépresseurs du système nerveux centrale (alcool barbiturique)

➤ Maladies psychiatrique : schizophrénie, trouble dépressif, phobique, stress, post-traumatique, dépersonnalisation, trouble factice.

➤ Syndrome d'hyperventilation

➤ Spasmophilie (entité vague, trouble somatoforme). (M.C.Hardy et Coll., 2003P, 104)

6. Thérapie

Il existe différentes thérapeutique plus ou moins efficaces :

6.1 Thérapie cognitive comportementale

La thérapie cognitive comportementale (tcc) est le moyen le plus courant pour traiter l'anxiété. Le but de ce genre de thérapie est d'empêcher que le patient évite la source de ses troubles anxieux et d'aider le patient à développer des techniques spécifique pour y faire face.

Contrairement aux médicaments d'ordonnance, l'efficacité de la thérapie cognitive comportementale dépend de divers éléments, y compris le niveau de compétence du thérapeute concerné. En plus des traitements dits « conventionnels », il existe de nombreux programmes cognitifs comportementaux dont le patient peut se servir pour se soigner. Ceci peut comprendre des techniques servant :

- Limiter toutes pensées négatives envers soi.
- Développer la capacité d'avoir des pensées positives
- Développer la capacité de remplacer des pensées négatives par des pensées positives.
- Exposer étape par étape le patient à la source de sa crainte.
- Fournir au patient des informations pouvant l'aider à faire face à l'anxiété. (par exemple, on peut dire à un patient souffrant de la panique que les palpitations qu'il ressent ne peuvent pas en fait nuire à la santé de façon significative). (K.la doceur et coll., 1999, p07).

6.2 médication

a. les antidépresseurs

Certain médicaments antidépresseurs inhibiteurs de la capture de la sérotonine (IRS) et de la noradrénaline (IRSNA) sont également prescrit dans certaine forme d'anxiété : anxiété généralisé, trouble de panique, troubles obsessionnelles compulsif, phobie social. Leurs efficacité contre l'anxiété n'est pas immédiate ; il faut au moins deux a trois semaine pour en ressentir l'effet bénéfique .Une durée de traitement d'au moins six mois semble nécessaire pour une guérison durable. L'arrêt du traitement se fait progressivement pour éviter d'éventuels effets indésirables liés à cet arrêt.

b. Les benzodiazépines anxiolytiques

Elles sont prescrite uniquement dans les cas ou l'anxiété devient handicapante, elles agissent en augmentons la capacité de relaxation et en diminuant les manifestassions physique de l'anxiété, elles ont aussi un effet calmement et décontractons. Les benzodiazépines anxiolytique sont susceptible de déclenché des réactions paradoxal avec augmentation de l'anxiété, ou de trouble de la mémoire (amnésie antérograde).

L'action des benzodiazépines anxiolytique est rapide, mais elles doivent être utilisé pour de courte durée (deuze semaines au maximum) et a la dose efficace la plus faible possible, en rasons de risque de dépendance. Il est fréquent de ressentir une somnolence en début de traitement .attention, il est préférable d'évité de conduire l'lorsque l'on prend ces médicament. (B.G Ranger, 2003, p 150)

6.3 la relaxation

les techniques de relaxation comme la relaxation musculaire progressive , les technique de respiration et l'imagination guider peuvent réduire le stresse et l'anxiété

6.4 hypno thérapie

L'hypnose pour guérir l'anxiété est menée par un hypnothérapeute qui utilise de défirent technique thérapeutique pendant que les personnes souffrante de troubles d'anxiété sont dans un été de profonde relaxation.

6.5 acupuncture

Utiliser depuis longtemps dans la médecine chinoise traditionnelle, acupuncture peut aider les personne anxieuse a réduire leurs anxiété. (D.Varma, 2010, p.34)

7. les testes psychologiques

S'il n'y a pas de test biologique spécifique pour l'anxiété, les tests psychologiques peuvent être appoint certain :

8.1 Le RORSCHACH

- l'attention exagérer au détail et a la symétrie peut faire pensée a des repense obsessionnelle compulsive.
- les repense anatomique et les atteinte corporel feront plus pensée aux phobies .
- les repenses couleurs, les formes peut structurer et les repense mouvement sont en faveur de l'existante d'une anxiété.

8.2 le M.M.P.I.(MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INENTORY)

En cas d'anxiété, on retrouve un scores élever des échelles d'hypochondrie, hétérie, psychasthénie.

8.3 le T.A.T (THEMATIC APPERCEPTION TEST)

Thématique agressive ou sexuel, augmentation de repenses fantasmatiques.
(FARID KACHA, psychiatrie et psychologie médical, entreprise national du livre, 2003, p.113)

Conclusion

L'anxiété est un trouble aux quel nous somme tous confronté un jour, il existe autant de façon de traité l'anxiété que de cause, un traitement de soutient peut aider les personnes anxieuse a faire face a leurs anxiété de manière efficace.

Il a deux type d'anxiété : l'anxiété positive et l'anxiété négative ;

L'anxiété positive est celle qui permet de faire face au situation difficile qui se présente au cours de la vie , c'est un état qui fait partie de nos réaction d'adaptation aux stimulation extérieure en nous permettant de mobiliser notre attention , d'élever notre vigilance dans des situation de nouveauté , de choix , de crise ou de conflit .

L'anxiété négative a l'effet inverse, elle empêche d'avancé les personnes anxieuses et envahit jusqu'à laisser une trace indélébile sur leur personnalité.

le premier type d'anxiété est facile a traité, dans la plupart des cas, les personnes souffrant de ce type d'anxiété parviennent a sortir de ce problème tout seul, simplement on se résonnant, si non le simple soutient de ces proche s'avers être très efficace, mais le second type d'anxiété nécessite un effort pour leurs rendre la vie plus facile.

Chapitre III

Démarche de la recherche et la population d'étude

Introduction :

La méthodologie est une étape importante dans une recherche, elle peut se définir comme :

Etant l'étude du bon usage des méthodes et techniques, il ne suffit pas de connaître, mais aussi de savoir les utiliser comme ils se doivent, c'est-à-dire savoir comment les adapter.

Autrement dit, les méthodes et techniques retenues dans une recherche donnée doivent être les plus aptes à rendre compte du sujet étudié et à nous mener vers les buts qu'on a fixés en termes d'aboutissement de notre travail. (Angers, M, p.58).

Dans ce chapitre on va présenter la méthode sur laquelle s'est basée notre recherche ainsi que le terrain et la population d'étude, et les outils de recherche qu'on a utilisés.

1. Définition des concepts et leurs opérationnalisations

1.1. Définition des concepts

- **L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)**

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est un syndrome défini par la baisse du débit de filtration glomérulaire comportant également des anomalies hydro électrolytiques et endocriniennes, elle est en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons fonctionnels (ce qui la différencie de l'insuffisance rénale aiguë ou fonctionnelle).

On parle d'insuffisance rénale chronique terminale quand le recours à la dialyse périodique ou à la transplantation rénale est nécessaire, car le rein ne fait plus face aux besoins de l'organisme. (L.Sherwood, 2006, p. 14)

- **Anxiété**

L'anxiété est définie comme « un état psychologique et physiologique caractérisé par des composants somatique, émotionnels, cognitifs et comportementaux. En l'absence ou

présence de stress psychologique, l'anxiété peut créer des sentiments de peur, d'inquiétude, de difficulté et de crainte ». (M. Ferreri, 1998, P.09).

1.2. Opérationnalisation des concepts

- **L'insuffisance rénale chronique terminale**

L'insuffisance rénale chronique se traduit par :

- Une élévation du taux sanguin de créatinine et d'urée.
- Les reins des patients ne parviennent plus à éliminer les acides issus de la digestion des aliments, qui s'accumulent dans l'organisme.
- L'excès de potassium dans l'organisme qui provoque des troubles du fonctionnement musculaire et des troubles du rythme cardiaque (arythmie) pouvant aller jusqu'à l'arrêt du cœur des malades.
- Une anémie s'installe et provoque une fatigue importante et persistante,
- Une sensation de mal être apparaît chez les insuffisantes rénales chroniques, ainsi que des nausées, des vomissements, une perte de l'appétit, des troubles du sommeil et des maux de tête.

- **Anxiété**

- Palpitation, accélération du rythme cardiaque et difficultés respiratoires.
- Douleurs thoracique ou inconfort.
- Peur ou perte de contrôle, sensation de devenir fou, crainte de la mort.
- Sensation vertigineuse, d'instabilité, malaise.
- Sensation que les objets sont irréels ou impressions personnel d'éloignement.
- Engourdissement ou sensation de picotements, bouffées de chaleur ou coup de froid avec frisson, ainsi des nausées et troubles abdominaux.
- Sensation de tension mentale, d'avoir les nerfs a vif ou sensation d'énervement.
- Réponse excessive à des situations inattendues mineures ou sursaut.

Agitation ou incapacité à se relaxer.

- Sensation de difficulté à avaler, impression d'avoir quelque chose dans la gorge.

- Difficultés de concentration ou sensation d'esprit vide du fait de l'anxiété ou de la crainte.
- Problème d'endormissement lié à l'inquiétude.

Tous les signes ne sont pas tous présent chez les mêmes cas, mais c'est l'ensemble des signes repères chez tous les cas qui constitue cette catégorie.

2. Démarches de la recherche et population d'étude

2.1. La pré-enquête

Il s'agit d'une étape importante dans tout le travail de la recherche, elle présente le début d'une enquête, elle nous donne la possibilité de vivre directement les phénomènes étudiés.

En effet on a débuté notre recherche de travail par une pré-enquête qui a été effectuée du 19 avril 2015 au 18 Mai à la clinique privée « LE RAMEAU D'OLIVIER » de Bejaia à travers laquelle nous avons eu la possibilité de rencontrer des insuffisants rénaux chroniques et d'effectuer un certain nombre d'observations et d'entretiens cliniques, afin de cerner leurs vécu psychologique, et de discuter avec eux sur les différents symptômes et problèmes qui conditionnent leurs vies.

3. La méthode et outils d'investigation :

3.1. La méthode :

« La méthode peut rapporter à une façon d'envisager et d'organiser la recherche, elle dicte, alors, une manière de concevoir et de planifier son travail sur un objet d'étude en particulier, elle peut intervenir de façon plus ou moins impérieuses, et plus ou moins précise, à toutes les étapes de la recherche l'une ou l'autre ». (Angers Maurice, 1997, P.59).

Bien évidemment, dans une recherche scientifique, on n'a pas libre choix de la méthode à utiliser, car c'est la nature du thème et ces objectifs de la recherche qui déterminent la méthode à utiliser.

Notre étude effectuée sur « L'anxiété chez les patients hémodialysés » exige l'utilisation de la méthode descriptive dans le but de décrire et analyser le phénomène.

4. Présentation de la population d'étude :

Pour répondre aux objectifs de cette étude, nous avons opté pour des personnes hémodialysées à la clinique privée LE RAMEAU D'OLIVIER, notre population porte sur six (06) cas différents, (03) du sexe féminin et (03) autres de sexe masculin, l'âge moyen des patients au moment de l'évaluation est varié entre (27 à 49) ans, ayant tous une insuffisance rénale chronique terminale.

4.1. Sélection de notre population d'étude :

Nous avons constitué une population composée de (06) cas, avec lesquelles on a travaillé dans l'anonymat en changeant leurs prénoms en tenant compte des critères suivants :

a. Critères d'homogénéité retenus

- Tous les cas de notre recherche sont à l'âge adulte, car à cet âge la personnalité des individus sera structurée.
- Les sujets visés sont tous en phase d'insuffisance rénale chronique terminale, et subissent aux traitements de dialyse.
- les cas choisis n'ont pas subi une greffe rénale avant d'être sous dialyse.

b. Critères non pertinents de sélection

- leurs niveaux socioculturels sont dissemblables entre tous les cas, car cette maladie peut toucher toutes les classes sociales.
- La variable (sexe) n'est pas été considérée, car notre thème ne se porte pas seulement sur les hommes ou les femmes, mais les deux.
- L'âge de l'atteinte pour première fois de cette maladie n'était pris en considération lors du choix.

NOM	AGE	PROFESSION	SITUATION MATRIMONIALE	L'année de l'apparition de la maladie
KARIM	29 ans	Sans emploi	célibataire	2009
SOFIAN	38 ans	commerçant	Marié	2007
Selia	33 ans	Sans emploi	Mariée	2010
MALIKA	47 ans	Sans emploi	Mariée	2010
Mohamed	49 ans	FONCTIONNAIRE	Marié	2009
Salima	27 ans	Sans emploi	célibataire	2010

4.2. Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude.

**5. La présentation de lieux de la recherche la clinique privé
« LE RAMEAU D'OLIVIER » DE BEJAIA :**

La clinique « RAMEAU D'OLIVIER » est un établissement hospitalier privé, situé a la route des Aurès-Bejaia.

Ses portes ont été ouvertes aux patient la 1^{er} fois le mois de juillet à Oued Ghir 24/24. Ces activées principales ont été limités en chirurgie et en gynecologie jusqu'à mois d'aout 2009.

A partir d'aout 2009 cet établissement s'est déplacé a Bejaia (Routes des Aurès) son champ d'action s'élargir avec une superficie de 8 300m². L'effectif du personnel est de 133. Englobe plusieurs activités :

- Chirurgie générale ;
- Anesthésie ;
- Gynécologie ;
- Orthopédie ;
- Néphrologie ;
- Neurologie ;
- Rééducation fonctionnel.

A. Plateau technique :

1. Au rez-de-chaussée :

- Salles des consultations
- Imagerie médicale : scanner dernière génération
 - Echo-doppler
 - Mammographie
 - Radiologie numérisée
 - Rééducation fonctionnel.

- Urgences médico-chirurgicales :

- Salle de déchoquage avec :

- 1- ECG

- 2- Défibrillateur

- 3- Moniteur de surveillance (chaque lit)

- 4- Matériel de réanimation

- 5- Salle de soins d'urgence et plâtre

- 6- Salle d'observation.

2. Au 1^{er} étage :

- Service d'hémodialyse avec salle de traitement d'eau et 18 générateurs de dialyse.
- Service de neurologie.

3. Au 2^{eme} étage :

- Service hospitalisation chirurgie générale avec 16 chambres.

4. Au 3^{eme} étage :

- Bloc opératoires de gynécologie obstétrique.
- Salle de travail avec monitoring de surveillance pour chaque lit.
- Salle d'accouchement (02 tables d'accouchements).
- Salle de réanimation pour nouveau-né avec table de réanimation.
- Chambre d'hospitalisation

5. Au 4^{eme} étage :

- 03 blocs opératoires avec :
 - 01 colonne de coelio chirurgie.
 - 01 colonne d'arthroscopie.
 - Matériel d'endoscopie urologique.
 - Radio mobile.

- Amplification de la brillance.
- Moniteur de surveillance.
- 03 appareils de respiration.
- Salle d'angiographie.

B. Logistique :

- Parc roulant (07 véhicules).
- Restauration.
- Blanchisserie.
- Station des fluides médicaux.
- Station de groupe électrogène de secours.
- Cellule de conservation de corps.
- Station de pompage d'eau avec réseau anti-incendie.

Chapitre IV
Les techniques
Utilisées et leurs analyses

I. les techniques utilisées

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre.

Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observation et/ou de mesures pré-tendu scientifiquement acceptable et réunissant suffisamment de qualités d'objectivité et de rigueur pour être soumise à des traitements analytiques. (O. AKTOUF, 1987, p.81).

Les techniques mises en œuvre dans notre pratique sur le terrain sont l'entretien clinique de recherche de type semi-directif et l'échelle d'anxiété d'Hamilton.

1-l'entretien clinique

Selon M.GRAWITZ, l'entretien est un mode de collecte de données : « c'est un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbal pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé ».

Le terme clinique est à l'origine du terme médical issu du grec KLINE qui signifie « lit ».

L'entretien clinique est la technique principale sur laquelle s'appuient les psychologues, qu'il soit visé thérapeutique ou d'évaluation ou encore dans un but de recherche, l'entretien se fonde sur la parole, cette dernière offerte au patient met le clinicien en position de voir, écouter ce que le patient a à dire.

L'objectif principal de l'entretien clinique est d'appréhender et comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives. (KH. CHAHRAOUI ET H. BENONY, 2003, p.141). Selon la qualité de notre recherche, l'entretien semi-directif s'impose.

1-1 l'entretien semi-directif

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 posées de manière hiérarchisée

ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple.

De même dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parlé le sujet ; ce qui est proposé est avant toute une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir découlé sont discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent.

1-2 l'attitude de clinicien

Dans ce type d'entretien dans la mesure où s'est le clinicien qui cadre le discours, ce dernier n'est pas passif et ne se contente pas d'observer l'interlocuteur qui parle. Ainsi le clinicien a-t-il recours dans l'entretien clinique à différents types d'intervention, les relances, les interrogations ou les reformulations. Les relances sont complémentaires du discours du sujet et elles le prennent pour support. Son intervention ne doit pas être avec une dose massive d'interrogations, cela perturbe le déroulement de l'entretien et entraîne alors une passivité chez le sujet. Certaines questions directes peuvent être ressenties de manière intrusive par le sujet, il faut savoir alors les formuler. (KH.CHAHRAOUI ET H. BENONY, 2003, p 143).

En parallèle on trouve CHILAND « signale que le clinicien se tait pour laisser l'autre parler et parle pour lui faciliter la parole ». (C.CHILAND, 1983, p23).

1-3 guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, il s'agit d'un « ensemble organisé de fonction, d'opérations et d'indication qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ».

Dans ce guide, le clinicien peut formuler la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance toutes fois celle-ci ne sont pas

posé d'une manière directe, il 's'agit d'avantage de thème a aborder que le chercheur connait bien.(H.BENONY ET KH. CHAHRAOUI, 1999, p69).

Dans notre recherche nous avons établie un guide d'entretien constitué de quatre axes :

○ **caractéristiques personnels**

- quelle est votre âge ?
- quelle est votre niveau d'institution ?
- travaillez -vous ?si oui, quelle profession ?
- quelle est votre situation familiale ?
- avez-vous des enfants ? si oui, combien ?

AXE 1 : information en relation avec l'état de santé actuelle

- quelle est votre traitement actuel ? et comment le vivez-vous ?
- quelle est votre réaction lors de la première séance de dialyse ?
- depuis quand été vous en dialyse ? et comment évolue votre maladie ?
- quelle sont les raisons (les cause) pour vous qui ont provoqué votre état actuel ?
- quelle sont les complications et maladies qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?
- combien de fois vous étiez hospitalisé a cause de cette atteinte ?
- suivez-vous un régime alimentaire strict ?
- avez-vous besoins d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos taches quotidiennes ?
- ya t'il d'autre personnes de votre famille atteint de la même maladie ?

Axe 2 : information sur l'état de santé antérieure

- avez-vous souffert d'une maladie (atteinte) dans votre enfance ?
- avez-vous d'autres maladies avant que vous soyez atteint de l'IRC ?
- avez-vous été hospitalisé a cause d'une autre maladie ?
- avez-vous subie une intervention chirurgicale avant ?
-

Axe 3 : information concernant l'investissement d'objet

- comment vivez-vous votre maladie au sein de votre famille ?
- comment sont –elles vos relations sociales ?
- comment sont-elles vos relations dans le milieu professionnel ?
- avez-vous des activités et passions que vous exercez ?
- en ce moment comment envisager vous votre avenir ?

Axe 4 : l'anxiété

- comment vous vivez votre maladie ?
- comment vous vous sentez en ce moment ?
- est ce que vous été nerveux ? par rapport a quoi ?
- Qu'est ce qui vous inquiétez en ce moment ?
- Est-ce que vous avez confiance en vous ?
- Prenez vous un traitement anxiolytique prescrit par votre médecin ?
lequel ?
- Vous avez peur ? vous sentez vous anxieux ?
- Parler moi de vos rêves, décrivez les, quelle sont leurs caractéristiques ?
- Comment vivez-vous ces complications vis-à-vis votre vie sexuelle ?
- Est-ce que vous ressentez que vous êtes toujours désirables vis-à-vis
votre conjoint ?

Remarque

Si le patient a anticipé spontanément sur des réponses à des questions prévues par nous-psychologues, nous éviterons de les poser ultérieurement.

2. l'échelle d'Hamilton d'anxiété**2.1. Définition du l'échelle d'anxiété**

Le test d'anxiété est un test d'évaluation permettant de déterminer le niveau ou l'échelle d'anxiété, d'un individu donné. Dans le domaine de la neuropsychologie, il

existe différentes catégories de test s'intéressant de près ou de loin à la psyché des patients.

A fin de mieux cerner l'anxiété chez un individu donné, les cliniciens font appel à une méthode qui a fait ses preuves à savoir le test d'anxiété d'Hamilton.

2.2. La passation du l'echelle d'anxiété d'Hamilton

L'echelle d'anxiété d'Hamilton se déroule nécessairement par étape, l'évaluation commence une semaine avant qu'un entretien ait lieu, celui-ci peut être conduit par un psychologue, un médecin, un neurologue, un neuropsychologue, ou encore par un neuropsychiatre.

Le test d'Hamilton comporte quatorze (14) items correspondant à différentes manifestation de l'anxiété, il s'agit en l'occurrence de :

1. Humeur anxieuse

Inquiétude, attente de la pire appréhension (anticipation avec peur), irritabilité

2. Tension

Sensation de tension, fatigabilité, impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, pleurs faciles, tremblements, sensation d'être incapable de rester en place

3. Peurs

Du noir, des gens qu'on ne connaît pas, d'être abandonné seul, des gros animaux, de la circulation, de la foule.

4. Insomnie

Difficultés d'endormissement, sommeil interrompu, sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, rêves pénibles, cauchemars, terreurs nocturnes

5. Fonction intellectuelles (cognition)

Difficultés de concentration, mauvaise mémoire

6. humeur dépressive

Perte des intérêts, ne prend plus plaisir à ses passe-temps, dépression, insomnie du matin, variations de l'humeur dans la journée

7. symptômes somatiques généraux (de nature musculaire)

Douleurs et courbatures dans les muscles, raideurs musculaires, sursauts musculaires, secousses cloniques, grincements des dents, voix mal assurée.

8. Symptômes somatiques généraux (de nature sensorielle)

Tintement d'oreille, vision brouillée, bouffées de chaleur ou de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotements

9. Symptômes cardiovasculaires

Tachycardie, palpitations, douleurs dans la poitrine, battements des vaisseaux, sensations syncopales, extrasystoles.

10. Symptômes respiratoires

Poids sur la poitrine ou sensation de constriction, sensation d'étouffement, soupirs, dyspnée.

11. Symptômes gastro-intestinaux

Difficulté pour avaler, vents-dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissement, creux à l'estomac, « coliques » abdominales, borborygmes, diarrhée, perte de poids, constipation.

12. Symptômes génito-urinaire

Aménorrhées, ménorragies, apparition d'une frigidité, mictions fréquentes, urgence de la miction, éjaculation précoce, absence d'érection, impuissance.

13. Symptômes du système nerveux autonome

Bouche sèche, accès de rougeur, pâleur, tendance à la sudation, vertiges, céphalée de tension, horripilation.

14. Comportements lors de l'entretien

- serre les poings, tics, serre son mouchoir ; va-et-vient tremblement des mains, front plissé, faciès tendu, augmentation du tonus musculaire, respiration haletante, pâleur faciale.
- Physiologique : avale sa salive, éructations, tachycardie au repos, rythme respiratoire à plus de 20/mn, réflexe tendineux vifs, tremblement, dilatation pupillaire, exophtalmie, sudation, battements des paupières.

II – l'analyse des techniques utilisées

1- Analyse de l'entretien clinique

A / La santé physique

1. La santé précédente (l'enfance et l'adolescence) et actuelle.
2. La relation entre trauma et quelque maladie (complications).
3. Les complications de la maladie.

B / Investissement d'objet

1. La qualité de la vie relationnelle et professionnelle.
2. Les événements importants dans la vie du patient.
3. La vie sexuelle du patient.
4. Les caractéristiques de la vie onirique.

C/ L'anxiété

2- Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

- **La cotation**

Au cours de l'échelle d'anxiété d'Hamilton, le praticien évalue chaque item et attribue à chaque fois une note comprise entre 0 et 4.

- La note 0 est donnée lorsque le symptôme est absent.

- La note 1 correspond à une présence très légère.
- La note 2 est attribuée lorsque l'intensité de la manifestation est moyenne.
- La note 3 correspond à une forte présence du symptôme.
- La note 4 est donnée lorsque le symptôme est très aigu, envahissant et invalide le patient.

Chaque quatorze items du test d'anxiété d'Hamilton doit être noté, afin d'obtenir une évaluation précise.

- **L'interprétation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton**

Au final, le praticien évalue le degré d'anxiété du patient en faisant la somme des notes attribuées à chacun des items, il existe une note d'anxiété psychique (items 1 à 6 et 14) et un note d'anxiété somatique (items 7 à 13).

Pour faciliter l'interprétation, on peut classer les notes totales en 03 niveaux :

< 17 : Légère

25-30 : modérée à grave

Et dans les cas ou on a trouvé la somme totale des items dépasse 30 points, on était obligé de faire recours aux normes donné par Beck et Coll., dans le livre de J. Cottreux et M. Bouvard, qui donne l'interprétation suivante :

>30 : Anxiété majeur (J.Cottreux et M. Bouvard, 1996, P. 99).

3. Les caractéristiques des 06 cas :

Nos sujets atteints d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traité par des séances de dialyse.

- Agés entre 27 et 49 ans (3 femmes et 3 hommes).
- Ils bénéficient tous des séances de dialyse à titre externe.
- Deux d'entre eux ont une profession et quatre sont sans emploi.
- Quatre d'entre eux sont mariés et deux sont célibataires.

Ils demeurent tous à Bejaia (de différentes régions, ex : amizour, kharata, sidi aiche,...).

4. Le déroulement de la pratique :

Notre stage s'est déroulé durant la période d'un mois s'étalant du 19/04/2015 au 18/05/2015 à la clinique privée « Rameau d'olivier ».

Après l'accord favorable du directeur, nous avons eu l'accès aux dossiers médicaux des patients hémodialysés, à travers les quels on a pris six cas dont l'âge varie entre 27 et 49 ans.

Lors des premiers contacts avec six (6) patients, on essayé de gagner leur confiance, en leur expliquant le but de notre recherche, et en assurant l'anonymat totale des résultats de l'échelle.

Ensuite, on a réalisé nos entretiens en fonction de leurs journées de dialyse.

La passation de l'échelle d'anxiété « Hamilton » a été faite par la suite, après un entretien clinique de recherche.

5. Les difficultés rencontrées :

Chaque recherche scientifique a des difficultés surtout en science humaines et sociales cause de la complexité de la nature des sujets traités.

Au cours de notre recherche, nous avons rencontré énormément de problèmes, que ce soit en phase de la préparation de la partie théorique ou durant notre pratique.

Ce qui méthodologique, notre problème réside en manque d'ouvrage abordant le thème de notre recherche, on était obligé de nous déplacer vers d'autres universités, mais les ouvrages ont été réalisés en langue arabe.

Du côté pratique, sur le terrain ; lors de la recherche de ce dernier, depuis le début de l'année universitaire nous étions confrontés à plusieurs problèmes :

- Le refus de la plupart des patients de participer à notre recherche ;
- Les entretiens se sont déroulés durant les séances de dialyse ce qui nous a posé des difficultés :

- 1- La fatigue des patients après les séances de dialyse.
- 2- Les patients ont été installés dans la même salle ce qui les met en difficulté de s'exprimer.
- 3- L'intervention des infirmiers chaque fois pour régler le générateur, interrompe la bonne continuité de l'entretien.

Malgré tous ces obstacles, il ne faut pas oublier les points positifs de cette recherche, on cite :

Ce travail nous a permis également de voir le milieu professionnel, de connaître le terrain, et surtout, d'avoir des liens avec ses sujets et aussi de partager leur souffrance.

Conclusion

La méthodologie est une étape très importante dans la réalisation d'un travail scientifique, dans cette recherche on s'est basé sur la méthode clinique, notre population est constituée de six cas étudiés au niveau du service d'hémodialyse dans la clinique privée le «Rameau d'olivier » de Bejaia.

La population ciblée est celle de personnes hémodialysées éprouvant de l'anxiété, en ce qui concerne la collecte des données on a utilisé l'entretien semi-directif et l'échelle d'anxiété « Hamilton » afin d'y arriver aux objectifs de cette recherche.

Partie Pratique

Chapitre V

Analyse des résultats

I-Présentation des six cas

Présentation du 1^{er} cas :

Il s'agit de Mr A. Karim âgé de 29 ans, demeurant à Kherata, il est l'aîné d'une fratrie de quatre enfants, célibataire, son niveau d'instruction est moyen (terminale), aucune profession, petit taille, brun aux cheveux clairs, durant l'entretien il s'est montré calme, posé dans ses dires et coopératif.

Interprétation de l'entretien :

À l'entretien, Mr A. Karim nous a raconté qu'il est atteint d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) suivi par des séances de dialyse (3 fois par semaine). Il n'a jamais été hospitalisé.

Le début de sa maladie semble remonter à six ans, diagnostiqué dès la première consultation médicale, mis directement sous dialyse.

Sa réaction lors de la découverte de sa maladie était le choc et le peur, car pour lui c'est une maladie sans remède, suite à cette maladie, sa vie a changé complètement, car il nous a révélé que sa maladie a bouleversé son existence, « tout a changé, à la maison, dehors, partout..... ».

Concernant son état physique et psychique, Mr, A. Karim nous a déclaré qu'il sent toujours la fatigue et l'anxiété. Il ne dort presque la nuit, malgré qu'il prenne des médicaments (somnifères) prescrits par psychiatre. Il n'a pas d'appétit et mange peu. Il a beaucoup maigri. Cet état s'est retenti sur son travail, il est devenu son travail, il ne peut faire aucun effort, surtout les journées de la dialyse « ... ma vie est conditionnée par cette machine ... ».

Il sent que le dialyseur est devenu l'un de ces organes dont il ne peut s'en passer, parfois, elle devient son seul espoir de vivre, d'autres fois elle devient son pire cauchemar, vu la dépendance que la machine lui crée.

Alors qu'auparavant, sa vie était normale et heureuse sans aucun problème de santé, il vit dans un milieu familial insupportable, ses frères et son père ne lui adressent plus la parole « ... ils ont peur que je leur demande de me donner un rein... ». Il ne retrouve de soutien que de sa mère qui est plus tendre et plus veillante depuis sa maladie, ainsi que ses amis, « ...sont eux mes vrais frères !... » .

Enfin, concernant son regard vis-à-vis de l'avenir, il nous aligne que ce qu'il détient à cette vie, c'est sa mère, il souhaite trouver un rein pour bénéficier d'une greffe.

Résultats et scores de l'échelle :

Le score est de 40 points, marqueur d'une anxiété maximale.

Présentation des résultats :

Mr, A. Karim a une anxiété maximale car :

Dans le 1^{er} item « **humeur anxieuse** » qui recouvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité ainsi que de l'appréhension à un effort irrésistible,

Le patient a répondu que quelque fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il arrive que cela interfère avec sa vie quotidienne.

Dans le 2^{eme} item « **tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée,

Le patient a répondu que l'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec son travail et sa vie quotidienne.

Dans le 3^{eme} item « **craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans les lieux publics, d'être seul, de la circulation, des inconnus, de noir, etc..., il est important de noter s'il ya eu davantage d'anxiété phobique que l'habitude pendant cet épisode, le patient a répondu qu'il n'est pas claire si ces craintes sont présente ou pas.

Dans le 4^{eme} item « **insomnie** » qui couvre l'expérience subjective du patient concernant le durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est prise en considération.

Le patient a répondu que le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes période de somnolence mais sans vrais sommeil.

Dans le 5^{eme} item « **troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire,

Le patient a répondu qu'il éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions, par exemple : pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

Dans le 6^{eme} item « **humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de déprime, de l'abattement de la sensation d'impuissance et de la perte d'espoir.

Le patient a répondu qu'il est plus clairement concerné par des vécus déplaisants, bien qu'il ne se sent ni impuissant, ni sans espoir.

Dans le 7^{eme} item « **symptômes somatiques génitaux : musculaire** », faiblesse, raideur, allodynie ou douleur, situées de manière plus au moins diffusé dans les muscles comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

Le patient a répondu que les douleurs musculaires interférentes jusqu'à un certain point avec sa vie et son travail quotidien

Dans le 8^{eme} item « **symptômes somatiques génitaux : sensoriels** » qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

Le patient a répondu que les symptômes sensoriels en générale interfèrent jusqu'à un certain point avec sa vie et son travail quotidiens.

Dans le 9^{eme} item « **symptômes cardio-vasculaire** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, la pression, les douleurs dans la poitrine, la sensation, de pulsations de (cognement) dans les vaisseaux sanguin, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

Le patient a répondu que les symptômes cardio-vasculaires sont présent la plupart du temps et interfèrent clairement avec sa vie quotidienne et son travail.

Dans le 10^{eme} item « **symptômes respiratoires** » qui sont des sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante.

Le patient a répondu qu'il a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

Dans le 11^{eme} item « **symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brulant dans l'œsophage ou l'estomac ». les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être remplis, la nausée, les vomissements, les gargarismes abdominaux et la diarrhée.

Le patient a répondu qu'il a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent don jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

Dans le 12^{eme} item « **symptômes urinaires et génitaux** » qui inclut des symptômes non lésionnels ou psychique comme un besoin d'uriner plus fréquemment ou plus urgent des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleur pendant les rapports, éjaculation précoce, perte de l'érection.

Le patient a répondu absents pour les symptômes urinaires parce que les patients hémodialysés n'ont pas d'urines, donc il reste les symptômes génitaux qui sont présent la plupart du temps et interfèrent clairement avec sa vie sexuelle.

Dans le 13^{eme} item « **autres symptômes de SNA** » qui inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges.

Le patient a répondu que les symptômes sont présent la plupart du temps et interfèrent clairement avec sa vie quotidienne et son travail.

Dans le 14^{eme} item « **comportements pendant l'entretien** » pendant l'entretien, une estimation globale est faite à base de nos observations, dans lesquelles on a déduit que si un patient anxieux d'une façon bien marquée, il s'est montré nerveux, agité, inquiet, tremblant, pâle, en hyperventilation ou en sueur.

Résumé du cas de Karim

D'après l'analyse de l'entretien du cas de Karim, on constate que le patient, depuis sa maladie, souffre du syndrome d'anxiété qui est lié directement à sa santé physique dégradée, car d'après lui il n'arrive pas à accomplir une tâche surtout la travail forcé, le patient exprime aussi un inquiétude pour sa santé et de ne pas trouver un jours un donneur de rein, les résultats obtenus dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton sont de 40 points, ce qui signifie qu'il présente une anxiété maximal (majeure).

1. Présentation du 2^{ème} cas :

Il s'agit de Mr, S. SOFIAN, âgée de 38ans, demeurant à sidi aiche, il est le 2^{ème} d'une fratrie des 4 enfants, marie, sans enfants, son niveaux d'instruction est moyen, commerçant, le niveau socio-économique est moyen.

Interprétation de l'entretien :

A l'entretien, Mr. S, Sofian, nous a raconté qu'il est atteint d'une insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), suivie par des séances de dialyse (3 fois par semaine). Il n'a jamais été hospitalisé.

Le début de sa maladie semble remonter à huit ans, diagnostiqué après deux mois de souffrance, puis mise directement sous dialyse.

Sa réaction lors de la découverte de sa maladie, SOUFIAN, été peur de ne pas pouvoir trouver un rein et de mourir. Suite a cette maladie, sa vie a complètement changé, car il nous a révélé que sa maladie a bouleversé sa vie (moralement et physiquement).

Concernant son état physique et psychologique, Mr, S, SOFIAN, nous a déclaré qu'il sent toujours de la fatigue et d'anxiété et la nervosité, et au début il vomissait tout le temps, il ne dort presque pas la nuit, il n'a pas d'appétit et mange peu, et s'est retenti sur son humeur (il pleur beaucoup, s'énerve à la moindre des choses). Et il est toujours triste.

Les journées de dialyse lui semble comme un enfer, vu la souffrance que la machine (le générateur) lui cause «... l'image de cette machine me rend anxieux... ». Alors qu'auparavant, sa vie était normale et heureuse sans aucun problème de santé.

Il vit dans un milieu familiale impeccable, entouré d'amour de sa femme, et ses parents qui on été traumatisées lors de la découverte de la maladie, suite a cette mauvaise nouvelle sa mère est devenue diabétique, il retrouve le soutien de la part de tous les membres de sa famille et surtout ses amis.

Enfin, concernant son regard vis-à-vis de l'avenir, il nous allège que sa vie ne vaut rien. Il n'a pas peur de mourir, mais il a peur de continuer à souffrir encore plus.

Résultats et scores de l'échelle :

Le score est de 32 points, marqueur d'une anxiété maximale.

Présentation des résultats :

Dans le 1^{er} item « **humeur anxieuse** », qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité.

Le patient a répondu qu'il exprime plus clairement qu'il est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler, néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineure et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du patient.

Dans le 2^{ème} item « **tension nerveuse** », qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

Le patient a répondu que l'agitation intérieure et nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'il interfère occasionnellement avec son travail et sa vie quotidienne.

Dans le 3^{ème} item « **la crainte** », qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, seul, de la circulation, des inconnus, du noir, ...etc.

Le patient a répondu qu'il vit l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

Dans le 4^{ème} item « **insomnie** » qui couvre l'expérience subjective du patient concernant la durée et de profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes.

Le patient a répondu que la durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée, le totale des épisodes de sommeil n'est quelques heures sur 24.

Dans le 5^{ème} item « **troubles de la concentration et de la mémoire** », qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens et les problèmes de mémoire.

Le patient a répondu qu'il éprouve des difficultés de concentration, de mémoire, de prise de décision.

Dans le 6^{ème} item « **humeur dépressive** », qui couvre à la fois la communication non-verbale, de la tristesse, de la déprime, de l'abattement de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

Le patient a répondu qu'il n'est pas claire si il est plus abattue ou triste que l'habitude, ou seulement vaguement.

Dans le 7^{ème} item « **symptomes somatiques génitaux : musculaires** » faiblesse, raideur, allodynie, située de manière plus au moins diffusé dans les muscles.

Le patient répondu que les symptômes sont caractérisé de la douleur.

Dans le 8^{ème} item « **symptomes somatiques génitaux : sensoriel** » qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid.

Le patient a répondu que les symptômes sensoriels en générale sont présent la plupart du temps et l'interfèrent clairement sa vie quotidienne.

Dans le 9^{ème} « **symptômes cardio-vasculaire** » qui incluent la tachycardie, les palpitations, la pression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations.

Le patient a répondu que les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais il peut les contrôler.

Dans le 10^{ème} item « **symptômes respiratoires** » sensation de constriction dans la gorge ou la poitrine et respiration sibilante.

Le patient a répondu qu'il a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

Dans le 11^{ème} item « **symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie, les douleurs abdominales mises en relation avec les repas.

Le patient a répondu que les symptômes gastro-intestinaux sont présents dans la plupart du temps et interfèrent clairement avec sa vie quotidienne.

Dans le 12^{ème} item « **symptômes urinaires et génitaux** », qui inclut des symptômes non lésionnels ou psychique comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports,...

Le patient a répondu absent parce que les patients hémodialysées n'ont pas d'urines, et pour que les symptômes génitaux elle répond aussi absent sous le prétexte de son intimité, et absence d'enfants.

Dans le 13^{ème} item « **autres symptômes du SNA** », qui inclus la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges.

Le patient a répondu que les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec sa vie quotidienne.

Dans le 14^{ème} item « **comportement pendant l'entretien** », pendant l'entretien, une estimation globale est faite à base de nos observations, dans lesquelles on déduit que c'est un patient anxieux de façon marqué.

Résumé du cas de Sofian

Suite à notre entretien avec Sofiane, on constate que le patient, depuis sa maladie, souffre du syndrome d'anxiété qui est lié directement à sa santé physique dégradée, il sent toujours inférieure par rapports aux autres, le patient exprime aussi une peur de ne pas pouvoir trouver un rein et de mourir, les résultats obtenus dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton sont de 32 points, ce qui signifie qu'il présente une anxiété maximale.

1. Présentation du 3^{ème} cas :

Il s'agit de Mme Z. SELIA, âgée de 33ans, demeurant à tichy, elle est la 3^{ème} d'une fratrie de 5 enfants, mariée et mère d'une petite fille de 4ans, ses niveaux d'instruction est de 3^{ème} année lycée (BAC), c'est une femme au foyer, le niveau socio-économique est moyen.

Interprétation de l'entretien :

A l'entretien, madame Z.SELIA, nous a raconté qu'elle est atteinte d'une insuffisance rénale chronique terminale(IRCT), elle était déjà hospitalisée 28 jours à l'hôpital de (Tizi ouzou), et quand elle à commencé les séances de dialyse à la clinique « Rameau d'olivier », de Bejaia, elle rentre chez elle à la fin de chaque séance.

Le début de sa maladie semble remonter à 5 ans atteints de cette maladie depuis qu'elle a été enceinte de 8mois. Sa réaction lors de la découverte de sa maladie a été la peur et l'anxiété de ne pas pouvoir donner la vie à sa petite fille, après elle a subi une césarienne pour donner naissance à cette dernière.

Concernant son état physique et psychique Mme Z. nous a déclaré qu'elle sent toujours la fatigue et l'anxiété et la peur.

Elle ne dort presque pas la nuit, malgré qu'elle prenne des médicaments (somnifère. Elle n'a pas d'appétit et mange peu, elle a beaucoup maigri, elle n'hésite pas de faire ou d'accomplir une tâche car c'est elle qui fait tout a la maison, « ... c'est ma manière de fuir mes problèmes... », Elle n'arrête pas de penser à sa maladie, l'idée de mourir ne sort pas de sa tête « ... jusqu'à quand je vais rester sans pitié de cette machine... », Surtout elle n'arrête pas de poser des questions, « ... pourquoi moi ?... comment ?... ».

Les journées de dialyse fragilisent son état psychique car sa vie et son corps sont dépendants de la machine, elle retrouve le soutien de la part de tout le monde, ses parents, ses beaux-parents et surtout ses sœurs qui la traite comme une reine.

Enfin, concernant son regard vis-à-vis de l'avenir, elle a une peur atroce de mourir et de laisser sa fille sans mère, elle souhaite trouver un rein pour bénéficier d'une greffe.

Résultats et scores de l'échelle :

Le score est de 38 points, marqueur d'une anxiété maximale car.

Présentation des résultats :

Madame Z, a une anxiété maximale car :

Dans le 1^{er} item « **humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité.

La patiente nous a répondu que le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec sa vie quotidienne.

Dans la 2^{ème} item « **tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

La patiente a répondu que les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec sa vie et son travail.

Dans le 3^{ème} item « **craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans les lieux publics, d'être seul, de la circulation, des inconnus, du noir..... Etc.

La patiente a répondu par absentes.

Dans la 4^{ème} item « **insomnie** » qui couvre l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes.

La patiente a répondu que le sommeil est si peu profond qu'elle parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

Dans le 5^{ème} item « **troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens et les problèmes de mémoire.

La patiente a répondu qu'elle éprouve des difficultés profondes de concentration, de mémoire, de prise de décisions.

Dans la 6^{ème} item « **humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de tristesse, de la déprime, de l'abattement de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

La patiente a répondu qu'il n'est pas clair si elle est plus abattue ou triste que l'habitude, ou seulement vaguement.

Dans le 7^{ème} item « **symptômes somatique génitaux : musculaires** » faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles.

La patiente a répondu que les symptômes sont caractéristiques des douleurs.

Dans le 8^{ème} item « **symptômes somatique génitaux : sensoriels** » qui inclus une fatigabilité accrue ainsi que la faiblesse ou des perturbations réelles des sens incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid.

La patiente a répondu que les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec sa vie quotidienne.

Dans le 9^{eme} item « **symptômes cardio-vasculaires** » qui incluent la tachycardie, les palpitations, la pression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsions.

La patiente a répondu que les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais elle peut les contrôler.

Dans le 10^{eme} item « **symptômes respiratoires** » sensation de constriction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante.

La patiente a répondu qu'elle a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certains point avec sa vie quotidienne.

Dans le 11^{eme} item « **symptômes Gastro-intestinaux** » qui couvrent les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie, les douleurs abdominales mises en relation avec les repas.

La patiente a répondu que les symptômes Gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec sa vie quotidienne.

Dans le 12^{eme} item « **symptômes urinaires et génitaux** » qui incluent des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoins d'uriner plus fréquent ou plus urgent, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports,...

La patiente a répondu absent parce que les patientes hémodialysées n'ont pas d'urines, et pour les symptômes génitaux elle répond aussi absent sous le prétexte qu'elle n'est pas mariée donc elle n'éprouve rien.

Rougeurs ou la pâleur, de bouffées de transpiration et les vertiges.

La patiente a répondu que les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec sa vie quotidienne.

Dans le 14^{eme} item « **comportement pendant l'entretien** » pendant l'entretien, une estimation globale est faite base de nos observations, dans lesquelles on déduit que c'est une patiente anxieuse de façon marquée.

Résumé du cas de Selia

D'après l'analyse de l'entretien du ca de Selia, on déduit que la patiente, depuis sa maladie, souffre de syndromes d'anxiété, et de phobie qui sont liés directement à sa

santé physique dégradée, l'exposition a une situation social redoutée provoque chez elle une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique, ce qui la pousse à l'isolement et l'évitement. Le score obtenu dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton est de 38 points, marqueur d'une anxiété maximale.

1. Présentation du 4^{eme} cas :

Il s'agit de Mme. A. Malika, âgée de 47ans, demeurant à oued Ghir (Bejaia), femme au foyer, elle est l'ainé d'une fraternité de trois enfants, mariée avec deux enfants, une fille de 9ans et un garçon de 6ans, son niveau d'instruction est faible (2eme année moyen), le niveau socio-économique est moyen.

Interprétation de l'entretien :

A l'entretien, Mme A, nous a raconté qu'elle est atteinte d'une insuffisance rénale chronique aigue terminale (IRCT) suivi par des séances de dialyse (3 fois par semaine). Elle n'a jamais été hospitalisée.

Le début de sa maladie semble remonter à 5ans, diagnostiqué dès la première consultation médicale, mise directement sous dialyse pendant 6 mois puis elle a bénéficié d'une greffe, un rein donné de la part de son père, après 2ans d'une vie normale, Mme A, développera une autre fois une insuffisance rénale chronique terminale, une autre fois mise sous dialyse depuis 2ans et demi. Elle attend une autre greffe, cette fois un rein donné de la part de son frère.

Sa réaction lors de la découverte de sa maladie pour la première fois a été choqué et peur, car pour elle c'une maladie sans remède, mais sa réaction lors de la 2^{eme} fois était un peut déception mais elle a surmonté ça parce qu'elle a déjà vécu l'expérience et surtout qu'elle a eu une autre chance d'avoir un rein.

Concernant son état physique et psychique, Mme A, nous a déclaré qu'elle sent la fatigue et un peu de tension. Elle dort grâce au somnifères, elle a toujours d'appétit.

Suit à cette maladie, sa vie a changé, elle est devenue plus solitaire, elle s'enferme sur elle.

Elle vit dans un milieu familial agréable, entourée par tout le monde ; (son marie et ses enfants et ses parents).

Concernant ses amies, depuis son atteinte, elle a coupé tout contacte avec eux, ces amies sont sa famille, nous a dit-elle.

Les journées de dialyse elle le semble comme une terreur obligatoire qu'elle souhaite de mètres fin. Ainsi que les journées de dialyse fragilisent son état psychique vu la dépendance que la machine crée.

Enfin, concernant son regard vis-à-vis de l'avenir, elle nous a assuré qu'elle croie en dieu et en destin. Mais elle garde toujours l'espoir que cette fois cette greffe réussira.

Résultats et score de l'échelle :

Le score est de 15 points, marqueur d'une anxiété légère.

Présentations des résultats :

Madame A Malika a une anxiété légère, car :

Dans le 1^{er} item « **humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité.

La patiente a répondu qu'elle ne se sent ni plus ni moins sûr d'elle n'est ni plus ni moins irritable que l'habitude.

Dans le 2^{eme} item « **tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre et la fatigue agitée.

La patiente a répondu qu'elle n'est ni plus ni moins tendu que l'habitude.

Dans le 3^{eme} item « **Crainte** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux public, d'être seul, de la circulation, des inconnus, du rein,... etc.

La patiente a répondu par absent.

Dans le 4^{eme} item « **insomnie** » qui couvre l'expérience subjective du patient concernant, la durée et la profondeur de son sommeil pendant les dernières nuits précédentes.

La patiente a répondu durée et profondeur du sommeil habituelles.

Dans le 5^{eme} item « **troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celle à prendre des décisions dans des domaines quotidiennes et les problèmes de mémoire.

La patiente a répondu qu'elle n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentre que d'habitude.

Dans le 6^{eme} item « **humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

La patiente a répondu par absent.

Dans le 7^{eme} item « **symptômes somatiques génitaux : musculaires** » faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus au mois diffusé dans les muscles.

La patiente a répondu qu'elle n'est ni plus ni moins douloureux ni n'éprouve plus de raideur dans les muscles que l'habitude.

Dans le 8^{eme} item « **symptômes somatiques génitaux sensoriels** » qui incluent une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles de sens incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleurs ou de froid.

La patiente a répondu absent.

Dans le 9^{eme} item « **symptômes cardio-vasculaire** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, la pression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations.

La patiente a répondu par absent.

Dans le 10^{eme} item « **symptômes respiratoires** » sensations de constriction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante.

La patiente a répondu par absent.

Dans le 11^{eme} item « **symptômes gastro-intestinaux** » qui couvrent les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie, les douleurs abdominales mises en relation avec les repas.

La patiente a répondu qu'elle n'est pas claire s'il existe une différence avec le vécu habituel.

Dans le 12^{eme} item « **symptômes urinaires et génitaux** » qui incluent des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, l'anorgasemie, douleurs pendant les rapports.

La patiente a répondu par absent.

Dans le 13^{eme} item « **autres symptômes du SNA** » qui inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges.

La patiente a répondu par présence peu claire.

Dans le 14^{eme} item « **comportement pendant l'entretien** » pendant l'entretien, une estimation globale est faite à base de nos observations dans lesquelles on a déduit que la patiente n'est pas facile à évaluer si 'elle est anxieuse ou non, car la patiente s'est montrée tendu, calme.

Résumé su cas de Malika

Enfin, on souligne que Malika a vécue une période néfaste et qui l'affecte jusqu'au aujourd'hui, mais malgré ses peurs et ses inquiétudes de son futur et de sa santé, Malika a exprimé une grande volonté de rattraper le temps perdu avec son marie et ses enfants, donc la patiente nous montre son optimisme et son courage de continuer à vivre, les résultats obtenus dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton est de 15 points, ce qui signifie qu'elle présente une anxiété légère.

1. Présentation du 5^{ème} cas :

Il s'agit de Mr L. Mohamed, âgé de 49ans demeurant a Amizour, enseignant de profession pendant 7ans, il est le 2^{ème} d'une fratrie de 4 enfants, marie, sans enfants, son niveau d'instruction est de (bac+3). Le niveau socio-économique est élevé.

Interprétation de l'entretien :

A l'entretien, monsieur L. Mohamed nous a raconté qu'il est atteint d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) suivi par des séances de dialyse 3 fois par semaine, il n'a jamais été hospitalisé.

Le début de sa maladie semble remonter à 6 ans dés la première consultation médicale mis directement sous dialyse.

Sa réaction lors de la découverte de sa maladie a été un traumatisme car il était en bonne santé il ne souffrait d'aucune maladie.

Suite a cette maladie, sa vie a complètement changé, car il nous a révélé qu'à cause de cette maladie il a perdu son travail, il ne pourrait pas faire d'effort et son état psychique a changé complètement.

Concernant son état physique ou psychique, Mr. L, nous a déclaré qu'il sent toujours la fatigue et la nervosité, il dort la nuit, il ne sent pas d'appétit, il a beaucoup maigri.

Alors qu'auparavant, sa vie était normale et très heureuse sans aucun problème de santé, il vit très heureux entouré et soutenu par ses parents et ses frères et sa femme qui l'aiment beaucoup « j'adore ma famille, ce sont eux qui me donnent la force et le courage... etc. »

Dans deux mois, il va bénéficie d'une greffe, son frère ainé vas lui donner un rein. « ... mon frère ma redonner l'espoir... ».

Le seul moment où il a peur et devient anxieux est la journée de la dialyse, car il a peur que la machine « dialyseur » tombe en panne et il va mourir.

Enfin, concernant son regard vis-à-vis de l'avenir, il nous allège qu'il n'a pas peur de l'avenir, car son frère lui donnera un rein.

Résultats et scores de l'échelle :

Le score est de 20 points, marqueur d'une anxiété légère à modérer.

Présentation des résultats :

Monsieur L. Mohamed a une anxiété légère à modérer car :

Dans le 1^{er} item « **humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité ainsi qu'il ne sent ni plus ni moins sûr de lui et ni plus ni moins irritable que l'habitude.

Dans le 2^{eme} item « **tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité agitée.

Le patient a répondu qu'il semble être quelque peu plus nerveux et tendu que d'habitude.

Dans le 3^{eme} item « **les craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul, de la circulation, des inconnus, du noir,...

Le patient a répondu qu'il vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

Dans le 4^{eme} item « **insomnie** » qui couvre l'expérience subjective du patient concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant trois nuits précédentes.

Le patient a répondu que la durée et la profondeur de son sommeil sont habituelles.

Dans le 5^{eme} item « **troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

Dans le 6^{eme} item « **humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance et de la perte d'espoir.

Le patient a répondu qu'il est plus clairement concerné par des vécus déplaisants, bien qu'il ne se sent ni impuissant, ni sans espoir.

Dans le 7^{eme} item « **symptômes somatiques génitaux : musculaire** » faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, située de manière plus ou moins diffusée dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à nuque.

Le patient a répondu qu'il semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideur, musculaires qu'habituellement.

Dans le 8^{eme} item « **symptômes somatiques génitaux : sensoriels** » cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillement.

Le patient a répondu que les symptômes sensoriels en générale interfèrent jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

Dans le 9^{ème} item « **symptômes cardio-vasculaires** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, la pression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsation de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

Le patient a répondu que les symptômes cardio-vasculaires sont présents mais il peut les contrôler « ... je peux les contrôler. »

Dans le 10^{ème} item « **symptômes respiratoires** » qui inclut des sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante.

Le patient a répondu que les symptômes respiratoires sont présents, mais il est toujours capable les contrôler.

Dans le 11^{ème} item « **symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac) les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

Le patient a répondu qu'il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

Dans le 12^{ème} item « **symptômes urinaires et génitaux** » qui incluent des symptômes non lésionnels ou psychique comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleur pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

Le patient a répondu qu'il n'est pas clair si présents ou non s'il existe une différence avec le vécu habituel.

Dans le 13^{ème} item « **autres symptômes du SNA** » qui inclut la sécheresse buccale, les vertiges ou les pâleurs, les bouffées de transpiration et les vertiges.

Le patient a répondu que la présence est peu claire.

Dans le 14^{ème} item « **comportement pendant l'entretien** » pendant l'entretien, une estimation globale est faite, à base de ces observations, il n'est pas clair si le patient est anxieux ou pas, parce qu'il n'a montré aucun signe claire d'anxiété.

Résumé du cas de Mohamed

Après avoir analysé notre entretien avec Mohamed, on déduit qu'il souffre de troubles anxieux qu'ils le perturbent dans sa vie quotidienne, depuis sa maladie, le patient affirme qu'il est devenu plus agité et nerveux au point d'éprouver des sensations de tension mentale et de panique, Mohamed trouve de grande difficultés a se relaxer et a se détendre lors d'une agitation intérieure, le score obtenu dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton est de 20 points, marquer d'une anxiété légère à modérée.

Mohamed rencontre plusieurs difficultés sexuelles, liées à son impuissance qui date de plus d'un an, la peur d'une érection trop faible, trop peu durable ou totalement absente renforce chez lui le sentiment d'infériorité, impuissance et d'anxiété. Donc sa vie sexuelle est peu réjouissante.

1. Présentation du 6^{ème} cas :

Il s'agit de Melle N, Salima, âgée de 27ans, demeurant à timezrite, elle est la benjamine d'une fratrie de 4 enfants, célibataire. Elle n'a jamais été scolarisée, aucune qualification professionnelle, le niveau socio-économique est moyen.

2. Interprétation de l'entretien :

A l'entretien, Mademoiselle N, Salima nous a raconté qu'elle est atteinte d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) suivi par des séances de dialyse 3 fois par semaine elle a déjà été hospitalisée pendant un mois à l'ancien hôpital, de Bejaia, depuis qu'elle a commencé des séances de dialyse à la clinique « Rameau d'olivier », elle rentre chez elle à la fin de chaque séance.

Le début de sa maladie sembla remonter à 5ans, diagnostiqués dès la première consultation, mise directement sous dialyse.

Sa réaction lors de la découverte de sa maladie a été la peur de mourir car elle connaît cette maladie et sa fin parce que sa sœur était déjà de cette maladie et elle est morte suite à cette dernière.

Suite à cette maladie, sa vie a changé complètement car elle est devenue triste, les larmes ne quittent jamais ses yeux.

Concernant son état physique et psychique, Melle N, nous a déclaré qu'elle sent toujours la fatigue et l'anxiété et la nervosité, elle ne dort presque pas la nuit, elle n'a pas d'appétit et mange peu, elle a trop maigri. Elle hésite d'accomplir une tâche surtout un travail forcé, surtout les journées de dialyse qui lui semble comme une torture sans fin « ... jusqu'à quand ?... je survivrai comme ça ? »

Alors qu'auparavant, sa vie était normale et heureuse sans aucun problème de santé, elle vit dans un milieu familial calme et heureux entourée de ses parents et ses frères qui l'aiment car elle est la seule fille dans la famille.

Après sa maladie, les membres de sa famille ont changé leurs comportements vis-à-vis d'elle, ils se sont devenus plus tendre et plus compréhensifs, elle retrouve le soutien de la part ses amies qu'elles sont toujours à ces côtés.

Enfin, concernant son regard vis-à-vis de l'avenir, elle nous a déclaré qu'elle a peur de l'avenir.

3. Résultats et scores de l'échelle :

Le score est de 23 points, marqueur d'une anxiété modérée.

4. Présentation des résultats :

Melle N, Salima a une anxiété modérée car :

Dans le 1^{ère} item « **humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnel d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité.

La patiente a répondu qu'elle soit plus irritable ou se sente moins sure d'elle que l'habitude est peur clair.

Dans le 2^{ème} item « **tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

La patiente a répondu qu'elle dit clairement être incapable de détendre être est emplie d'agitation intérieure qu'elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

Dans le 3^{ème} item « **craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, D'être dans des lieux publics, d'être seule, de la circulation, des inconnus, du noir,...etc.

La patiente a répondu que l'anxiété phobique interférente clairement avec sa vie quotidienne.

Dans le 4^{ème} item « **insomnie** » qui couvre l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes.

La patiente a répondu que la durée du sommeil et sa profondeur sont altérés de manière marquée, le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

Dans le 5^{ème} item « **troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens et les problèmes de mémoire.

La patiente a répondu que même en faisant un gros effort, elle éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

Dans le 6^{ème} item « **humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

La patiente a répondu qu'il n'est pas claire si elle est plus abattue ou triste que l'habitude, ou seulement vaguement.

Dans le 7^{ème} item « **symptômes somatiques généraux : musculaire** », faiblesse, raideur, allodynie, ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffusé dans les muscles.

La patiente a répondu qu'elle semble éprouvé un peu plus de douleur ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

Dans le 8^{eme} item « **symptômes somatiques généraux : sensoriels** » qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que la faiblesse ou des perturbations réelles des sens incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid.

La patiente a répondu par absent.

Dans le 9^{eme} item « **symptômes cardio-vasculaires** » qui inclue la tachycardie, les palpitations, la pression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsation.

La patiente a répondu par présence peu claire.

Dans le 10^{eme} item « **symptômes respiratoires** » sensations de constriction dans la gorge ou la poitrine et respiration sibilante.

La patiente a répondu que leur présence n'est pas claire.

Dans le 11^{eme} item « **symptômes gastro-intestinaux** » qui couvrent les difficultés à avaler, la sensation de descente brusque de l'estomac, la dyspepsie, les douleurs abdominales mises en relation avec les repas.

La patiente a répondu que les symptômes gastro-intestinaux sont présent la plupart de temps et interfèrent clairement avec sa vie quotidienne.

Dans le 12^{eme} item « **symptômes urinaires et génitaux** » qui incluent des symptômes non lésionnels ou psychiatrique comme un besoin d'urines plus fréquent ou plus urgent, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports,...

La patiente a répondu absents pour les symptômes urinaires et pour les symptômes génitaux elle a répondu qu'il n'est pas claire s'il existe une différence avec le vécu habituel.

Dans le 13^{eme} item « **autres symptômes du SNA)** qui inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges.

La patiente a répondu que les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec sa vie quotidienne et son travail.

Dans le 14^{eme} item « **comportement pendant l'entretien** » pendant l'entretien, une estimation globale est faite a bases de ces observations, dans lesquelles on a déduit que c'est une patiente modérément anxieuse.

Résumé du cas de Salima

D'après l'analyse de l'entretien du cas de Salima, on a constaté qu'elle souffre de plusieurs symptômes anxieux, elle a une peur intense devant le futur, elle craint des conséquences fâcheuses sur la réussite de la greffe, ces troubles sont atténués par son environnement favorable et le soutien positif de sa famille, les résultats obtenus dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton est de 23 points, ce qui signifie qu'elle présente une anxiété légère à modérée.

II. Analyse des résultats

Nous arrivons à la phase des résultats de notre étude menée auprès de six cas qui souffrent de l'insuffisance rénale chronique terminale. (IRCT), suivi par des séances de dialyse. Dont la moyenne d'âge est de 37 ans, et chez tous les (06) cas la maladie a été diagnostiquée dès la première consultation et se sont mis directement sous dialyse.

Leurs réaction lors de la découverte de cette maladie a été le choc, peur de mourir, par connaissance de cette maladie, sa gravité et ses conséquences qui mènent sans doute à la mort.

Pour certains d'autre leur réaction n'a pas été la peur de mourir, mais la peur de continuer à souffrir pour longtemps.

Leurs états physique et psychologique généralement caractérisé par la fatigue, la nervosité et l'anxiété. Il ne dort presque pas la nuit, malgré que la plupart d'entre eux prennent des somnifères.

Ainsi ils n'ont pas d'appétit et mange peu, hésitent d'accomplir les tâches les plus simples surtout les journées de dialyse, ce qui explique l'arrêt de l'activité professionnelle de la plupart d'entre eux.

Après avoir appliqué l'échelle d'anxiété d'Hamilton au (06 cas) on a constaté que la majorité d'entre eux expriment une anxiété maximale, chez trois cas (1, 2,3), exprimés à travers une moyenne de score de (36 points).

Et deux cas (5,6) expriment une anxiété légère à modérer, dont la moyenne est de (21 points).

Le 4^{ème} cas exprime une anxiété modérée à grave, qui exprime une anxiété légère avec un score de (15 points).

III. Discussion des hypothèses :

Dans notre recherche, on a tenté de savoir si les patients hémodialysés ont une anxiété élevée ou non, ainsi que si la relation corps machine engendre un trouble d'anxiété.

Après la passation de l'échelle d'anxiété « Hamilton », sur nos cas de recherche (6 cas) et après avoir récoltés les résultats de l'échelle et calculer le score de chaque cas, on a déduit que deux hypothèses de départ ont été confirmées chez certains cas et infirmées chez certains chez d'autre cas.

Qui veut dire que l'hypothèse qui consiste en « les patients ont une anxiété élevée », est confirmée chez 03 cas (1, 2,3) est d'une moyenne de score de l'échelle de (36 points), ceci affirme que les patients hémodialysés ont une anxiété élevée, et la connaissance de cette maladie et de sa gravité et ses conséquences qui mènent j'jusqu'a la mort font la cause partielle.

Ainsi que le désespoir de trouver un rein pour bénéficier d'une greffe, ceci nous mène à déduire que les maladies somatique ont une influences sur le psychisme, autrement dit, la santé physique influe sur la santé psychique, comme l'explique F. ALLILAIRES (juillet 2002), «.....une pathologie physique peut précipiter, exacerber ou aggraver l'évolution d'un phénomène anxieux..., l'anxiété est aussi souvent considéré comme une conséquence attendue de fait d'être malade... ».

Cette hypothèse « les patients hémodialysés ont une anxiété élevé » est infirmée chez deux cas (4, 5,6) dont la moyenne de leurs score d'échelle est de (19 points), a cause de leurs espoir d'avoir un rein pour bénéficier d'une greffe et peut être du soutien familial et sociale.

En ce qui concerne la deuxième hypothèse « l'hémodialyse provoque chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique des réactions non adaptives » celle-là aussi nous semble qu'elle est confirmée grâce aux malaises qu'ils ont éprouvent durant les séances du traitement.

Quant à la dernière hypothèse qui est « le degré de l'anxiété chez ces sujets hémodialysés dépend de leur souffrance ». On se référant aux données obtenues, nous avons remarqués que la souffrance de ses sujets est liée aux manifestations qu'ils éprouvent durant les séances du traitement.

L'insuffisance rénale chronique à un impact négatif sur le degré d'anxiété des sujets ce qui a engendré chez eux un malaise très intense accompagné des symptômes

physiologiques et de craintes tout ça est du aux douleurs physiques et psychiques qui influencent le bien-être chez ces malades.

Conclusion

Le syndrome d'anxiété est un phénomène très répandu chez les malades somatiques, vu les interactions qui existe entre le corps et le psychisme chez les êtres humains, qui engendrent souvent des complications psychologiques importantes et lourdes.

Dans le cadre de notre recherche intitulé sur l'anxiété chez les personnes hémodialysées, nous avons tenté de démontrer l'influence de l'IRC sur l'émergence de l'anxiété en liant aux troubles sexuels qui peuvent avoir de l'impacte sur son intensité.

Afin d'aboutir aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour la méthode clinique. Cette dernière permet une compréhension approfondie des sujets ; elle se caractérise également par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas. Durant l'entretien accompagné d'observation clinique pour avoir des informations et la collectes des données a partir de leurs comportements et en dernier lieu nous avons appliqué l'échelle d'Hamilton pour évaluer et mesurer l'état anxieux de chaque cas, ces outils d'investigation nous ont servi pour la confirmation de nos hypothèses.

A noter notamment que cette recherche nous permis d'aboutir à un certain nombre de remarques :

- L'intensité de l'anxiété chez les insuffisants rénaux chroniques au stade terminale, varie d'un cas à un autre.
- L'optimisme et l'espoir de guérir est nettement meilleurs pour les patients hémodialysés qui ont un donneur de rein potentiel par rapport à ceux qui n'en ont pas.
- La maladie de l'insuffisance rénale chronique terminale est très peu connue dans le grand public, pourtant elle est particulièrement redoutable.

Cette étude nous a appris le rôle primordiale que peut jouer l'environnement familiale, amical et médicale des patients hémodialysés, afin d'atténuer leur souffrances et leurs peines.

La prise en charge psychologique parallèlement avec une prise en charge somatique est très importante, pour cela, nous pensons qu'il est utile de recruter des psychologues au niveau des services hémodialyses, qui pourront avoir une oreille attentive à leurs préoccupations majeurs, car nous avons remarqué que les patients se sentent soulagés et apaisés après avoir exprimé leurs souffrances.

Enfin, faut tout de même reconnaître que cette recherche reste une bonne expérience à travers laquelle nous avons découvert et appris énormément de choses sur le plan personnel, humain et en particulier sur le plan pédagogique.

Nos hypothèses à propos des insuffisants rénaux chronique sont réfutable, cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique reste relative, non statique et non absolu qui est due à notre population d'étude qui ne présente pas la population mère.

Cette étude peut permettre à d'autres étudiants d'effectuer des études concernant ce même sujet sous un autre angle, ou plus approfondie et de mettre l'accent sur les maladies somatique chroniques et leurs influences sur le psychisme des malades.

Nous avons posées quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, qui sont comme suit :

- Est-ce que les patients hémodialysés souffrent-ils des troubles dépressifs ?
- Est-ce que la maladie d'insuffisance rénale chronique, qui nécessite une épuration sanguine extra rénale, modifie t'elle l'image du corps chez l'hémodialysé ?

Liste bibliographique

- 1- A. Meyrier. (1994), « **Maladie rénales de l'adulte** », paris, Ellipses.
- 2- B. Granger. (2003), « **la psychiatrie d'aujourd'hui du diagnostic au traitement** », Ed Olide Jacob, paris.
- 3- C. Chiland. (1983), « **l'entretien clinique** », Ed PUF, Paris.
- 4- D. Becker. Et Coll. (1978), « **approche du vécu fantasmatique chez les dialysés et les transplantés rénaux** », V 20, N : 3, pp 257-265.
- 5- D.Cupa (2002), « **Psychologie en néphrologie** », Ed EDK, Paris.
- 6- D Labord « **dictionnaire le robert d'aujourd'hui illustré en couleurs** », (2000), Ed club France loisirs, Paris.
- 7- F Radat. (1998), « **les états anxieux initiation santé** », Paris.
- 8- J Plazzo. (2007), « **dépression et anxiété : mieux les comprendre pour les prendre en charge** », Ed Masson, Paris.
- 9- K Chahraoui, et H Bénony. (1999), « **l'entretien clinique** », Ed Dunod, Paris.
- 10-K Chahraoui. Et H Bénony. (2003), « **méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique** », Ed Dunod, Paris.
- 11-M A Boubchir. (2004), « **monographie sur l'insuffisance rénale chronique** », Alger.
- 12-M Le Grain et Coll. (1985), « **néphrologie** », Ed Masson, Paris.
- 13-M Sanchez-Cardenas. Et G Besançon. (1989), « **troubles psychique au cours de l'hémodialyse chronique et de la transplantation rénale** », V 9, pp.75-82.
- 14-N Sillamy. (2003), « **Dictionnaire de psychologie** », Paris, Ed Larousse.
- 15-R La Douceur. Et Coll. (1999), « **les troubles anxieux approche cognitive et comportementale** », Ed Masson, Paris.

ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

1. Humeur anxieuse cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension
0- Le /la patient (e) ne se sent ni plus ni moins sur de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.
1- que le /la patient (e) soit plus irritable ou se sent moins sur de lui/d'elle que d'habitude est peu claire.
2- Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/qu'elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension, ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler, néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).
3- quelque fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).
4- le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de patient (e).

2- tension nerveuse Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.
0- Le/la patient (e) n'est ni plus ni moins tendu que l'habitude.
1- le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux et tendu que d'habitude.
2- le/la patient (e) dit clairement d'être incapable de se d'étendre et est empli d'agitation intérieure, qu'il/qu'elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.
3- l'agitation intérieur et la nervosité sont si intense ou fréquentes qu'elle interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de patient (e).
4- les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie quotidienne du/de patient.

3- craintes Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans les lieux publics, d'être seul (e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. il est important de noter s'il ya eu d'avantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.
0- Absentes
1- il n'est pas clair si ces craintes sont présente ou pas.
2- Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.
3- Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfèrent avec la vie quotidienne du/de patient(e).
4- L'anxiété phobique interfèrent clairement avec la vie quotidienne du/de patient(e).

4- Insomnie

Cet item couvre l'expérience subjective du/de patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0- Durée et profondeur du sommeil habituelles.

1- La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2- La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

3- La durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

4- le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5- Troubles de la concentration et de la mémoire

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0- Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1- il n'est pas clair si le/la patient(e) éprouve des difficultés de concentration et de mémoire.

2- Même en faisant un gros effort, le patient éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien.

3- Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décision.

4- Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6- humeur dépressive

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0- absente

1- il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattu(e) ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2- le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3- Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4- le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait de son état.

7- symptômes somatiques généraux : musculaire ; faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur de la mâchoire ou à la nuque.

0- le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux (se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

1- le/la patient(e) semble éprouve un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

2- les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

3- les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à certain point avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4- les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

8- symptômes somatiques généraux : sensoriels

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

0- absent.

1- il n'est pas claire si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

2- les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillement de la peau.

3- les symptômes sensoriels en générale interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4- les symptômes sensoriels sont présents de la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

9- symptômes cardio-vasculaires

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans les poitrines, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

0- absent.

1- leur présence n'est pas claire.

2- les symptômes cardio-vasculaires sont présent, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

3- le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

4- les symptômes cardio-vasculaire sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec sa vie quotidienne.

10- symptômes respiratoires

Sensation de constriction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante.

0- absents.

1- présence peu claire.

2- les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable

de les contrôles.

3-le/la patient(e) a des difficultés a occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

4-les symptômes respiratoires sont présent la plupart du temps et interfèrent clairement la vie quotidienne du/de la patient(e).

11- symptômes gastro-intestinaux

Cet item inclut les difficultés a avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation brulant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillement abdominaux et la diarrhée.

0-absents.

1-il n'est pas claire s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2-un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présent mais le/la patient(e) peut les contrôler.

3-le/la patient(e) a des difficultés occasionnelle à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

4-les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

12- symptômes urinaires et génitaux

Cet item inclut des symptômes non lésionnelles ou psychiques, comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0-absents.

1-il n'est pas claire si présent ou non. (ou s'il existe une différence avec le vécu habituelle).

2-un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présent mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

3-occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4-les symptômes génitaux ou urinaires sont présent la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

13- autres symptômes du SNA cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges.

0-absents.

1-présence peu claire.

2-un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais s'interfèrent avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

3-occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'il interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4-les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

14- comportements pendant l'entretien

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux (se), tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0-le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux (se).

1-il n'est pas clair si le/la patient est anxieux (se).

2-le/la patient(e) est modérément anxieux (se)

3- le/la patient(e) est anxieux (se) de façon marquée.

4- le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété, par exemple :il/elle tremble de tout son corps.

<17 : Légère

18 - 24 : légère à modérée

25 - 30 : modérée à grave

Remarque ;

L'échelle d'Hamilton est souvent surévaluée dans les maladies qui s'accompagnent de nombreux troubles fonctionnels comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie.

De notre point de vue, elle est mise à une époque où les pathologies « somno-somatique » n'étaient comprises et où les troubles fonctionnels étaient globalement considérés comme de l'éclairage de la médecine permet d'avancer des hypothèses chrono biologiques à l'apparition de nombreux troubles fonctionnels.