

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention d'un diplôme de Master en psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

**L'angoisse chez les personnes atteintes
d'insuffisance rénale chronique
Etude de quatre (04) cas réalisée au Centre
d'Hémodialyse Achifa de Bejaia**

Réalisé par :

OUKACHBI Lamia

OUKACI Sara

Encadré par :

Mme : MEHENNI Zahoua

Année universitaire

2023/2024

Remerciement

Nous tenons à exprimer nos plus vifs remerciements adressé au bon dieu, le tout puissant, de nous avoir accordé des connaissances et nous avoir la force et la patience, et qui nous a guidé et éclairer notre chemin pour la réalisation de ce Modest travail.

En exprimant notre profonde gratitude à notre promotrice Mme Mehenni.Z qui a contribué à la réalisation de ce mémoire, pour avoir honorée, en acceptant de diriger ce travail grâce à ses orientations et conseils durant la période de travail.

On tient à remercier également le responsable du stage Dr Boudraham de nous avoir accueillies dans son centre et d'avoir accepté de diriger ce travail. Sa rigueur, sa disponibilité et ses qualités humaines nous ont profondément touchés

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

A ma chère mère,

A mon cher père,

Qui n'ont jamais cessé, de formuler des prières à mon égard, de me soutenir et de m'épauler pour que je puisse atteindre mes objectifs.

A mes frères

A mes chères cousines et cousin

Pour leurs soutiens moraux et leurs conseils précieux tout au long de mes études.

A ma chère grand-mère

Qui je souhaite une bonne santé.

A mes tantes

Mes oncles et leur femme

A mes chères amies et mes copines

Pour leur aide et supports dans les moments difficiles.

A toute ma famille

Merci pour votre amour, votre soutien et vos encouragements constants.

A monsieur Boudraham

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à Dr Boudraham pour son accueil chaleureux et son soutien inestimable tout au long de notre stage.

A ma chère binôme

« Lamia »

Pour sa entente et sa sympathie

Merci pour ta précieuse aide et pour avoir partagé cette aventure avec moi.

Dédicace

A ceux que j'aime surtout aux plus chères personnes au monde ; mes parents qui ont toujours souhaitent ma réussite.

Mes dédicaces aussi s'adressent à mon cher frère Yacine, sa femme ainsi que ses enfants IKram et Adem.

Sans oublier mon fiancé et mes beaux-parents.

A toute la famille.

A toutes mes copines.

A ma chère binôme Sara que je remercie infiniment pour son sérieux.

Lamia

Sommaire

REMERCIEMENT.

DEDICACES.

LISTE DES ABREVIATIONS.

LISTE DES TABLEAUX.

LISTE DES FIGURES.

LISTES DES ANNEXES.

INTRODUCTION 1

CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

1. LA PROBLEMATIQUE	4
2. LES HYPOTHESES DE LA RECHERCHE	6
3. LA DEFINITION ET L'OPERATIONNALISATION DES CONCEPTS CLES	6
4. LES RAISONS DU CHOIX DU THEME	8
5. L'OBJECTIF DE NOTRE RECHERCHE	9
6. LES DIFFICULTES RENCONTREES	9

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE ASPECT MEDICAL ET ASPECT PSYCHOLOGIQUE.

PREAMBULE	12
I- ASPECT MEDICAL DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE.....	12
1. LE REIN	12
2. INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE	14
II- ASPECT PSYCHOLOGIQUE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE.....	25
1. L'ANNONCE DE LA MALADIE.....	25
2. ASPECT PSYCHOLOGIQUE DE L'IRC.....	25
3. TROUBLES PSYCHIQUE CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE L'IRC.....	26
4. LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE.....	27
SYNTHESE	28

CHAPITRE II : L'ANGOISSE

PREAMBULE.....	30
1. LES DIFFERENTES DEFINITIONS DE L'ANGOISSE	30
2. LES TYPES DE L'ANGOISSE.....	31
3. LES SYMPTOMES DE L'ANGOISSE.....	32
4. LES CAUSES DE L'ANGOISSE	32
5. LES THEORIES EXPLICATIVES DE L'ANGOISSE.....	33
6. LES FORMES CLINIQUES DE L'ANGOISSE.....	34
7. LA CLASSIFICATION DE L'ANGOISSE SELON LES STRUCTURES.....	35
8. LE TRAITEMENT DE L'ANGOISSE.....	35
SYNTHESE.....	37

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

PREAMBULE.....	40
1. LA PRE-ENQUETE	40
2. LE LIEU DE RECHERCHE.....	41
3. LES LIMITES DE RECHERCHE	41
4. LA METHODE DE RECHERCHE.....	41
5. LA POPULATION D'ETUDE ET LES CARACTERISTIQUES DE CHOIX	42
6. LES OUTILS D'INVESTIGATION	43
SYNTHESE.....	48

CHAPITRE IV: PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES HYPOTHESES

PREAMBULE.....	50
1. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENTRETIEN ET DE L'ECHELLE DE SPEILBERGER	50
SYNTHESE.....	71

CONCLUSION	72
-------------------------	-----------

LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

ANNEXES

Liste des abréviations :

Abréviation	Signification
OMS	O rganisation M ondiale de la S anté
IRC	I nsuffisance R énale C horionique
TCC	T hérapie C ognitive et C omportementale

Liste des tableaux :

Numéro du tableau	Titre du tableau	Numéro de pages
Tableau N°1	Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population de recherche	43
Tableau N°2	Indiquant le critère de mesuré l'anxiété générale de Spielberger	46
Tableau N°3	Indiquant le critère de mesuré l'anxiété d'état de Spielberger	47
Tableau N°4	Présentation des résultats des échelles du cas clinique n°1	53
Tableau N°5	Présentation des résultats des échelles du cas clinique n°2	58
Tableau N°6	Présentation des échelles du cas clinique n°3	63
Tableau N°7	Présentation des échelles du cas clinique n°4	67
Tableau N°8	Tableau récapitulatif des niveaux d'anxiété obtenus chez les cas étudiés	69
Tableau N°9	Présentation des scores obtenus à l'échelle de Speilberger	70

Liste des figures

Numéro de la figure	Titre de la figure	Numéro de page
Figure N°1	Représente la structure de rein	13
Figure N°2	Représente l'hémodialyse et la dialyse péritonéale	24

Liste des annexes :

Numéro de l'annexe	Titre de l'annexe
Annexe n°1	Guide d'entretien
Annexe n°2	Echelle d'anxiété générale de Spielberger
Annexe n°3	Echelle d'anxiété d'état de Speilberger

Introduction

L'être humain est exposé à de nombreuses maladies au cours de sa vie qui entravent le fonctionnement normal de cette dernière pour accomplir ses différentes fonctions.

Ces différentes pathologies y compris les maladies infectieuses et chroniques, qui se propagent chez les personnes par le biais d'une infection ou par l'héritage, transmis par les humains d'une génération à l'autre, telles que le diabète, hypertension artérielle et insuffisance rénale. Cette dernière est l'une des maladies qui touche une grande partie de la population qui affecte actuellement environ 850 millions de personnes dans le monde, et qui entrave le fonctionnement normal de la vie humaine en raison des effets qu'elle a notamment sur l'aspect physique et psychologique.

Le premier aspect est représenté par les symptômes de l'insuffisance rénale et ses effets sur les fonctions de l'organisme, tandis que l'aspect psychologique affecte les moyens de subsistance psychologiques de l'individu conduisent le patient à vivre dans une situation psychologique instable qui le conduit à une vie pleine de tensions et de troubles psychologiques, y compris l'angoisse, en raison de plusieurs facteurs liés à la nature de la maladie et au processus d'élimination en cours. Par conséquent, l'anxiété et la tension sont considérées comme des manifestations négatives qui jouent un rôle important en affectant le niveau de la santé d'une personne souffrant d'insuffisance rénale, et de manière négative en contribuant à réduire la confiance en soi, ce qui entraîne des complications pouvant entraîner la mort. Par conséquent, cette catégorie de patients a besoin d'attention et de soutien psychologique pour surmonter ces pressions et troubles mentaux.

Notre travail de recherche qui porte sur « l'angoisse chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique » a pour objectif de connaître le degré d'angoisse chez ces personnes et les différents symptômes et facteurs de cette angoisse.

Nous avons effectué notre recherche à « l'EURL Centre d'Hémodialyse Achiffa » de Bejaia, où se trouve notre population d'étude qui représente les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique. Et nous avons choisi l'approche cognitivo-comportementale comme un cadre référentiel à notre recherche, et nous avons utilisés comme outils ; un guide d'entretien clinique de type semi-directif et l'échelle de l'anxiété de Spielberger.

Pour réaliser notre recherche, nous avons repartie notre travail en deux parties ; théorique et pratique.

Nous avons commencés le travail par le cadre méthodologique qui comprend : l'introduction, la problématique, les hypothèses de la recherche, la définition et opérationnalisation des concepts clés, les raisons du choix du thème, les objectifs de la recherche et enfin les difficultés rencontrées.

Ensuite, la partie théorique qui est divisée en deux chapitre ; chapitre I : intitulé l'insuffisance rénale chronique aspect médicale et aspect psychologique, il est réservé à la présentation de la définition du rein, son anatomie et son fonctionnement dans le corps, la définition de l'insuffisance rénale chronique, ses manifestations, ses causes, ses stades, son diagnostic, ses complications et le traitement , plus les thèmes réservés à l'aspect psychologique des patients atteints d'une insuffisance rénale chronique qui correspond à : l'annonce de la maladie , aspect psychologique d'IRC, les troubles psychologique chez les personnes atteintes d'une IRC, et enfin la prise en charge psychologique des personnes atteintes d'une IRC.

Chapitre II qui sera réservé à la deuxième variable qui est l'angoisse qui comprend les concepts ayant un rapport avec cette dernière à savoir les définitions, les types, les symptômes, les causes, les théories explicatives de l'angoisse, ses formes clinique, sa classification selon les différentes structures ainsi que son traitement.

Partie pratique : englobe deux chapitres

Le premier est le chapitre III :, dans lequel nous avons présenté notre pré-enquête, les limites et la méthode utilisé de notre recherche, le lieu de recherche ou nous avons effectué notre stage pratique, les critères de notre population d'étude et les caractéristique du choix de cette dernière et enfin les outils d'investigation tel que l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de l'anxiété de Spielberger.

Le second est le chapitre IV, il comprend la présentation et analyse de l'entretien et de l'échelle de Speilberger effectuer sur notre population d'étude cas par cas qui nous a permis de vérifier nos hypothèses.

Enfin nous avons achevé notre travail de recherche par une conclusion suivit d'une liste bibliographique et les annexes.

Cadre méthodologique de la recherche

- 1- La Problématique.
- 2- Les Hypothèses de la recherche.
- 3- La Définition et l'opérationnalisation des concepts clés.
- 4- Les raisons du choix de thèmes.
- 5- Les objectifs de la recherche.
- 6- Les difficultés rencontrées.

1. La problématique

La santé de l'individu est un grand trésor, c'est le bien-être physique et mentale. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) : « la santé est un état de complet bien-être physique, mentale et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Une bonne santé mentale et physique est un élément essentiel de la vie, c'est ce qu'elle cherche chaque personne, mais l'individu peut être confronté au cours de sa vie à des maladies graves qui vont créer un mal être physique et mentale telles que l'insuffisance rénale chronique qui est devenue un problème de santé public, c'est une pathologie très grave qui touche la totalité de corps humain ce qui affecte négativement le psychique du patient.

Aujourd'hui, l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), partout dans le monde, constitue un problème majeur, qu'il convient de prendre en considération vu que sa fréquence augmente d'année en année. En effet, l'Algérie ne fait pas exception, elle est également affectée par cette maladie. Le nombre total des personnes atteintes de cette maladie en Algérie, selon une estimation effectuée fin 2018 par le Registre National des Dialysés, publié sur le site de l'APS, s'élève à 23, 527 dialysés, dont 22 667 hémodialysés dans, recensés dans près de 380 centres publics et privés de dialyse. Outre ce nombre d'hémodialysés, l'Algérie compte 860 insuffisantes rénales chroniques, traitées par la dialyse péritonéale. Tout en tenant que le nombre des insuffisants rénaux suivis en dialyse a doublé, passant de 1,500 à 3,000 nouveaux cas chaque année.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par une diminution progressive et irréversible du débit de filtration glomérulaire (DFG) qui reflète le fonctionnement rénal. Elle se définit par une baisse depuis plus de 03 mois du DFG au-dessous de 60 ml/min/1.73m², et /ou la présence depuis plus de 03 mois d'un marqueur d'atteinte rénale. Comprenant anomalies biologiques et/ou histologiques et /ou morphologiques. (Idée, 2012, p.15)

L'IRC est une maladie chronique irréversible dans laquelle les reins ne fonctionnent pas correctement pour éliminer les déchets, cela augmente l'intensité de la douleur physique et psychique ce qui provoque généralement une dépression et une anxiété, comme cela peut également entraîner des complications graves et potentiellement la mort si elle n'est pas traitée. Les traitements tels que la dialyse ou la transplantation rénale peuvent aider à prolonger la vie et à améliorer la qualité de vie, mais ils ne sont pas toujours une solution permanente.

Lorsqu'une personne est confrontée à l'IRC, il est compréhensible qu'elle puisse ressentir de l'angoisse qui est une peur devant un danger qui reste inconnue, indéterminé venant le plus souvent de l'intérieur de soit c'est une réaction d'alarme primitive, inscrit dans le corps comme un réflexe archaïque. Donc c'est une crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on se sent à la fois démuni et totalement. (Grand dictionnaire de la psychologie. 1992, P, 42).

Chaque personne réagit différemment à la maladie. Il est normal de ressentir de l'angoisse, mais il est également important de trouver des moyens de faire face à ces émotions et de trouver du soutien.

L'angoisse est une réaction émotionnelle très fort ressentir par les IRC en raison de la gravité de leur maladie qui s'agit d'une problématique fréquente chez ces patients, en raison des nombreux contraintes physique, émotionnelles et sociales liées à cette maladie.

Plusieurs études se sont penchées sur l'angoisse chez les patients insuffisants rénaux , une étude sous le titre « prévalence de l'angoisse chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique qui examine la prévalence et les facteurs associés à l'angoisse chez cette population, elle trouve que les niveaux d'angoisse sont significativement plus élevés chez ces patients comparativement à la population générale , et identifie plusieurs facteurs de risque comme la durée de la maladie et comorbidité avec d'autres conditions médicales. (American Journal of Kidney Diseases, 2012).

Pour mieux comprendre l'impact de cette maladie sur le fonctionnement psychologique de la personne atteinte, à base de tout ce qui a été avancé précédemment, nous nous demandons :

- Est-ce que les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique souffrent d'angoisse ?
- Si oui, quel est le degré d'intensité de l'angoisse chez les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique ?
- Quels sont les facteurs qui déclenchent l'angoisse chez les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique ?

2. Les hypothèses de la recherche

Afin de répondre aux questions posées précédemment nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- Les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique présentent un état d'angoisse.
- L'angoisse se manifeste à des degrés divers chez les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique.
- L'angoisse chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique est liée à l'hémodialyse.
- Le régime alimentaire est un facteur responsable de la présence de l'état l'angoisse chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique.

3. La définition et l'opérationnalisation des concepts clés

Avant de commencer notre thème ; on doit définir les concepts utiliser dans notre recherche qui vont nous conduire dans notre démarche théorique et pratique, mais sans entrée en détail, ou donnant une ou deux définitions qui sont les plus proches à notre thème de recherche et les hypothèses qu'on a donné. En plus, essayé d'opérationnaliser nos concepts pour les rendre plus concrets et palpable selon notre terrain de recherche.

1-Insuffisance rénale chronique :

C'est une altération progressive et irréversible des fonctions excrétrices et endocrines du rein, dont le rôle est majeur dans le maintien de l'homéostasie (F.Mignon, C.Michel& B. VIRON, 1993, P. 141).

Définition opérationnelle :

- La dépendance à la dialyse
- Fatigue anormal
- Perte de poids et d'appétit
- Nausées, vomissement.

2-L'angoisse :

L'angoisse signifie que le sujet est en attente de quelque chose, un danger connu inconnu, il ressemble son énergie pour se défendre et souffre de diverse manifestation somatique, comme elle signifie aussi l'angine de poitrine précédant l'infarctus, peur dans le corps (J.Planche, 1967, P .2)

L'angoisse vient du latin « angustia » ce qui signifie étroitement, resserrement. Elle est un affect lié à un aspect économique, un aspect de quantité. C'est la répétition d'une expérience. L'angoisse et l'anxiété sont des états douloureux liés à l'essence de l'être humain, chacun a pu les éprouver un jour et les a surmontés avec plus ou moins de difficultés. Souvent physiologique, cette peur sans objet peut devenir pathologique au-delà d'une certaine intensité, à l'occasion d'aspects qualitatifs particuliers. (Théodore-Yves Nasse, P 2)

Définition opérationnelle :

- Des pensées négatives persistantes.
- Difficultés à respirer et des troubles digestifs.
- Des palpitations.
- Sensation d'une boule au ventre.
- -Incapacité de se concentrer.
- -Inquiétude et peur.

3-L'hémodialyse :

Selon le dictionnaire Larousse de la médecine, l'hémodialyse est une méthode d'épuration du sang au moyen d'un rein artificiel.

L'hémodialyse est utilisée dans certains cas d'intoxication grave, mais 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 par hémodialyse est définitif.

L'hémodialyse permet d'épurer le sang des déchets qui sont normalement éliminés dans l'urine, il consiste à mettre en contact à travers une membrane semi-perméable appelée dialyseur (ne laissant passer que les petites et moyennes molécules) le sang du malade et un liquide dont la composition est proche de celle du plasma normal (dialysat). (Le petit Larousse de la médecine, 2010, P, 444).

Autrement dit, L'hémodialyse est ce qu'on appelle une méthode de suppléance rénale, c'est-à-dire une technique permettant de survivre avec des reins qui ne fonctionnent plus ou presque plus. Elle permet de débarrasser le sang des déchets et de l'eau normalement éliminée par les reins et réalise ainsi une épuration extrarénale de l'organisme.

C'est une méthode très efficace, permet une bonne épuration en quelques heures et le plus souvent, trois séances d'hémodialyse de quatre heures par semaines sont suffisant pour maintenir un bon état général. (Pallot, J, L, 2007, P.2).

Définition opérationnelle :

- Traitement médicale utilisé pour remplacer la fonction des reins chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale.
- L'utilisation d'une machine de dialyse pour filtrer le sang et éliminer les déchets, les toxines et l'excès de liquide du corps.

On entend par hémodialyse les patients qui présentent les symptômes suivants :

- Hypertension artérielle
- Anémie
- Problème de peau et de cheveux.
- Crampes musculaire.
- Faiblesse musculaire.
- Fatigue.
- Dépression ou anxiété.
- Troubles du sommeil.
- Symptômes respiratoire.

4-Le régime alimentaire :

Modification de l'alimentation habituelle à des fins thérapeutique. Prescrire un régime consiste à établir une liste des aliments interdits ou limités et des aliments autorisée en quantité définies au patient, assortie de conseils concernant la préparation, la cuisson, la répartition de ceux-ci, etc.

Définition opérationnelle :

- Une description précise des types et des quantités d'aliments consommés quotidiennement.
- Des règles spécifiques concernant les repas, les collations, les portions et les boissons, dans le but de répondre à des objectifs nutritionnels ou de santé spécifiques.

4. Les raisons du choix du thème

Les raisons qui nous ont poussés à choisir ce thème « l'angoisse chez les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique » sont les suivants :

- Acquérir des connaissances sur l'angoisse en générale et sur les personnes hémodialysé en particulier.
- Comprendre ses malades et alléger leur souffrance pour aller mieux et de s'adapter aux différents conditions de vie, soit sociale ou professionnelles.

5. L'objectif de notre recherche

Notre recherche vise les objectifs suivants :

- L'objectif principal de ce travail de recherche est d'approfondir notre analyse sur l'angoisse chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique au niveau de centre d'hémodialyse Achifa de Bejaia.
- Comprendre, évaluer et mesurer le niveau d'angoisse chez les patients insuffisants rénaux.
- Décrire les souffrances physiques, psychiques et sociales des patients insuffisants rénaux.
- Décrire les facteurs qui favorisent l'apparition d'angoisse chez les patients insuffisants rénaux.

6. Les difficultés rencontrées

Dans chaque recherche il existe et il aurait plusieurs obstacles et difficultés qui entraient le chemin de la recherche.

Dans l'élaboration de notre projet de recherche sur l'angoisse chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique on a été confronté d'une part et d'autre part à plusieurs difficultés.

Sur le plan théorique :

- La rareté des études réalisées sur notre thème de recherche.
- Le manque local sur l'insuffisance rénale chronique en générale, et l'angoisse chez les personnes atteintes de cette dernière en particulier.

Au niveau de la pratique

- La difficulté de trouver un lieu de stage au début.
- L'indisponibilité d'une psychologue au sein de notre lieu de recherche.

Partie Théorique

Chapitre I : l'insuffisance rénale chronique aspect médical et aspect psychologique.

I- L'insuffisance rénale chronique : Aspect médical

Préambule

1- Le rein

1-1- Définition du rein.

1-2- L'anatomie du rein.

1-3- Fonctionnement du rein dans le corps.

2- Insuffisance rénale chronique.

2-1-- Définition de l'insuffisance rénale chronique.

2-2- Les manifestations de l'insuffisance rénale chronique.

2-3-Causes de l'IRC.

2-4- Les stades de maladie rénale chronique (IRC).

2-5-- Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique.

2-6- Les complications de l'IRC.

2-7-Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

II- L'insuffisance rénale chronique : Aspect psychologique

1- L'annonce de la maladie.

2-Aspect psychologique de l'IRC.

3- Troubles psychique chez les personnes atteintes de l'IRC.

4-La prise en charge psychologique des personnes atteintes de l'IRC.

Synthèse

Préambule

L'insuffisance rénale chronique est une condition médicale sérieuse qui affecte les reins. Cela peut entraîner une diminution de la fonction rénale, une accumulation de toxines dans le corps et des déséquilibres électrolytiques.

A travers ce chapitre on va essayer d'aborder l'aspect médical et l'aspect psychologique de l'insuffisance rénale chronique. En commençant par l'aspect médical nous allons brièvement présenter sous forme de titre : la définition du rein , son anatomie ainsi que son fonctionnement dans le corps , la définition de l'insuffisance rénale chronique , ses manifestations, ses causes , ses stades , son diagnostic , ses complications et son traitement médical , ensuite nous allons aborder l'aspect psychologique qui contient l'annonce de la maladie , l'aspect psychologique de l'IRC, les troubles psychique liée à l'insuffisance rénale chronique, et conclure avec la prise en charge psychologique .

I- Aspect médical de l'insuffisance rénale chronique

1. Le rein

1.1 Définition du rein :

Les reins en nombre de deux, sont situés dans les fosses lombaires à la hauteur des premières vertèbres lombaires et des deux dernières côtes - sous le foie pour le rein droit, contre la rate pour le rein gauche - Il a une forme ovale aplatie caractéristique, entouré d'un tissu cellulo-adipeux, 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) entourées d'un grand nombre de capsules rénale formées de capillaires issues de l'artère rénale (Morin et coll ,1995, p.805).

Définition médicale :

Les reins sont deux organes en forme d'haricot situés dans la partie postérieure de l'abdomen, de part et d'autre de la colonne vertébrale, approximativement entre la douzième vertèbre dorsale et la troisième vertèbre lombaire. Ils arrivent souvent que le rein gauche soit situé jusqu'à 2,5 centimètres plus haut que le rein droit. Le rein mesure 10 à 12,5 centimètres de long et 5 centimètres d'épaisseur environ, pour un poids de 100 à 150 gramme en moyenne chez l'adulte. Les reins sont de couleur rouge-brun foncé en raison de leur abondante vascularisation (Dictionnaire médicale, 2009,p.805).

1-2 L'anatomie du rein

Les reins sont deux organes qui sont localisés derrière l'abdomen, de part et d'autre de la colonne vertébrale. Chaque rein pèse environ 160 grammes et mesure 12 cm de long et 6 cm de large et en forme d'abricot, est enveloppé d'une capsule fibreuse résistante et inextensible qui contient le parenchyme tissu fonctionnel rénale, les branches de division des vaisseaux rénaux, les voies excrétrices intra rénale (les calices et une partie de bassinnet), que prolongent les voies excrétrices extra rénales (autre partie du bassinnet, l'uretère, la vessie) .Le parenchyme rénal est constitué de deux zones : le cortex, en périphérie, et la médullaire ; au centre. La fonction essentielle de ce tissu, où se trouve le néphron formé chacun d'un glomérule et d'un tube urinifère est l'élaboration de l'urine. Le parenchyme rénal est abondamment vascularisé par une ou deux artères selon les sujets, qui naissent directement de l'aorte, et par une ou deux veines, qui se jettent dans la veine cave intérieure (Morin et coll,1995, p.885).

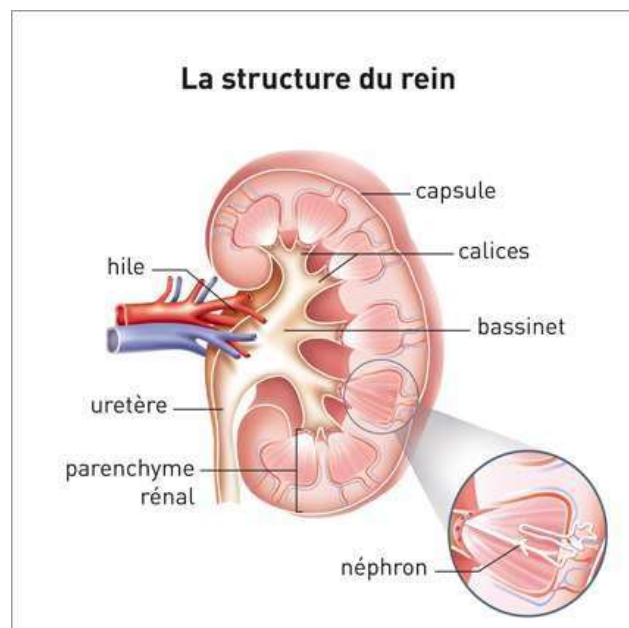


Figure N°1 : représente la structure de rein (Dian, 2010, p.2).

1-3 Fonctionnement du rein dans le corps :

Les principales fonctions du rein sont multiples :

- L'élaboration de l'urine à partir du sang, ce qui permet d'éliminer les déchets et de maintenir constant le milieu intérieur du corps (équilibre acidobasique du sang).
- La sécrétion d'érythropoïétine, une hormone qui permet la maturation des globules rouges dans la moelle osseuse.

- La sécrétion de rénine, une enzyme servant à réguler la pression artérielle.
- La transformation de la vitamine D en sa forme active (Morin et collaborateurs, 1995).

On peut dire donc que les reins ont pour mission quotidienne de pomper quelque 189 litres de sang à travers 225km de canaux et des millions de filtres « Néphron » (Boubchir, 2004, p.22).

2. Insuffisance rénale chronique

2.1 Définition de l'insuffisance rénale chronique :

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par la diminution progressive et irréversible du débit de filtration glomérulaire(DFG) .Elle résulte en règle de l'évolution d'une maladie rénale chronique(MRC). Conformément à un consensus international, les maladies rénales chroniques sont définies par l'existence :

- d'une anomalie rénale fonctionnelle ou structurelle évoluant depuis plus de 3 mois (il peut s'agir d'une anomalie morphologique à condition qu'elle soit « cliniquement significative », d'une anomalie histologique ou encore d'une anomalie dans la composition du sang ou de l'urine secondaire à une atteinte rénale).
- d'un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60ml/ mn/1,73 m² depuis plus de 3 mois. Elles peuvent aboutir à l'insuffisance rénale terminale (IRT) qui nécessite le recours à l'épuration extrarénale (hémodialyse ou dialyse péritonéale) et/ou à la transplantation rénale (Hulot, 2007, p.200).
- L'altération progressive et irréversible des fonctions excrétrices et endocrines du rein, dont le rôle est majeur dans le maintien de l'homéostasie (Mignon et al., p.141).

2.2 Les manifestations de l'insuffisance rénale chronique

▪ Atteintes cardio-vasculaires :

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité chez le patient en IRC terminale. Cette dernière est de 10 à 30 fois plus élevée que dans la population générale après ajustement pour l'âge, le sexe, l'origine ethnique et le diabète.

▪ Hypertension artérielle :

Le taux de mortalité est défini à 40%, elle est associée à l'IRC dans 80 à 90% des cas. Facteur de risque de complication cardiaque doté d'un rôle important dans le pronostic de la maladie. Cette corrélation entre HTA et IRC s'explique par le rôle essentiel du rein dans le contrôle de la pression artérielle grâce au système rénine-angiotensine.

▪ Atteinte cardiaque :

L'hypertrophie ventriculaire gauche (HVG), l'insuffisance cardiaque sont les principaux responsables de la morbi-mortalité cardiovasculaire. 75% des patients débutant la dialyse (HD ou DP) ont une HVG.

La prévalence de l'insuffisance cardiaque est de 40% chez les hémodialysés et de 31% chez les patients en dialyse péritonéale alors qu'elle est de 5% dans la population générale (Trabelsi, 2018, p. 11).

▪ Les manifestations hématologiques :

Le rein est la principale source d'érythropoïétine (EPO), principal facteur de croissance hématopoïétique qui stimule la formation des globules rouges. Cette production est inadéquate dans l'IRC d'où les conséquences hématologiques suivantes : L'anémie, troubles de l'hémostase (Trabelsi, 2018, p. 11).

▪ Les manifestations digestives :

L'insuffisance rénale chronique induit de nombreuses manifestations cliniques au niveau du système digestif lorsqu'elle est évoluée ou en cas de traitement de suppléance trop tard ou insuffisant :

- Nausées voire vomissements qui reflètent une intoxication urémique importante et doit faire envisager le début d'un traitement de suppléance.

- Gastrite et ulcère majeure l'anémie secondaire à l'insuffisance rénale chronique et doivent être recherchés en cas de symptomatologie fonctionnelle ou de carence martiale (Trabelsi, 2018, p. 12).

▪ Les manifestations osseuses :

Elles sont essentiellement liées à une hyperparathyroïdie secondaire qui est caractérisée par une augmentation de la résorption osseuse ostéoclastique.

L'histomorphométrie retrouve ce type de lésion chez plus de 80% des patients urémiques. L'insuffisance rénale chronique entraîne des perturbations du métabolisme phosphocalcique (hypocalcémie, hyperphosphatémie) responsables de l'« ostéodystrophie rénale », actuellement appelée Désordre du métabolisme Minéral et Osseux lié à la Maladie Rénale Chronique (DMO – MRC). Les signes de cette pathologie sont essentiellement radiologiques (Trabelsi, 2018, p. 12).

▪ Les manifestations immunitaires :

L'IRC entraîne un déficit immunitaire. En effet les infections sont une cause importante de morbidité chez les patients insuffisants rénaux. Cette susceptibilité accrue à l'infection est due à une rupture de la barrière naturelle cutanée par des techniques invasives de dialyse dans un environnement hospitalier propice aux infections nosocomiales mais est surtout lié à l'état de déficit immunitaire provoqué par l'urémie observé chez ces patients. Cette anomalie du système immunitaire se manifeste dès le stade débutant de l'insuffisance rénale. Elle s'intensifie avec la progression de l'insuffisance rénale et s'accroît encore chez le patient hémodialysé. Cette immunodéficience porte sur l'immunité humorale et cellulaire, tous les types de cellules immunocompétentes sont atteints.

Les déficits de la phagocytose et de la fonction cytolitique jouent un rôle important dans les anomalies de l'immunité innée. Une régulation inhibitrice des cellules T et B et une présentation antigénique défectueuse semblent principalement impliquées dans les déficits de l'immunité adaptative.

Enfin, au niveau de l'immunité innée humorale, un déficit du complément, qui est le principal auxiliaire de cette immunité, est également mis en cause (Trabelsi, 2018, p. 13).

▪ Les manifestations dermatologiques :

Ces patients peuvent présenter des hyperpigmentations cutanées, un prurit, des ecchymoses, des œdèmes, une pâleur cutanéomuqueuse (liés à l'anémie).

▪ Les manifestations métaboliques :

Les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique présentent en générale une acidose et des troubles électrolytiques.

D'autre part, environ 70 % des patients urémiques ont une intolérance au glucose. En effet, la glycémie à jeun est normale mais la glycémie postprandiale est augmentée en raison d'un mécanisme de résistance périphérique à l'insuline.

Cette anomalie du métabolisme du glucose est partiellement améliorée par l'hémodialyse. De plus, une fraction importante de patients avec une insuffisance rénale a une hyperlipidémie de type IV avec augmentation de la concentration de triglycérides et une diminution du cholestérol HDL qui pourrait être la conséquence d'une anomalie du métabolisme hépatique des lipoprotéines (Trabelsi, 2018, p. 16).

▪ Les manifestations neuromusculaires :

Les manifestations neuromusculaires observées chez les patients insuffisants rénaux à un stade avancé sont parmi les manifestations les plus précoces découvertes au cours de l'urémie.

Les symptômes initiaux sont modestes et comprennent une labilité émotionnelle, une insomnie et un manque de concentration. Si l'état urémique progresse, des anomalies plus marquées apparaissent avec une hyper réflexivité tendineuse, des colonies, un aster xis et une altération de la conscience qui évolue vers le coma, les convulsions et le décès (Trabelsi, 2018, p. 16).

2.3 Causes de l'IRC

Les causes de l'insuffisance rénale chronique sont très diverses on peut citer :

- des infections rénales répétées.
- des traumatismes aux reins ou à d'autre partie de corps.
- une compression prolongée des muscles squelettiques (cela cause, la libération de myoglobine, qui peut boucher les tubules rénaux) héréditaire (polykystose, maladie d'Al port).
- endocrines (diabète, hyperparathyroïdie primaire) (Eclair N.Marieb, 1999, p.1002).
- néoplasique, hyper néphron, métastases, myélovasculaire, (HTA, embolies) (Rademarcher, 2004, p.15).

- la plupart du temps l'insuffisance rénale chronique est causée par un diabète non contrôlé ou est secondaire à une HTA.

Parmi les autres origines non retiendrais des glomérulonéphrites secondaires ou primaires, des maladies héréditaires (comme les polykystose rénales). Plus rarement l'insuffisance rénale résulte de malformations urologiques, de toxiques, d'infection urinaires chronique ou encore de calculs. Chez les patients jeunes ce sont souvent des maladies auto-immunes, qui sont des causes importantes de lésions rénales (Depeyre, 2010, p.10).

2.4 Les stades de maladie rénale chronique (IRC)

Il existe cinq stades.

D'abord le premier stade, qui s'appelle maladie rénale chronique avec fonction rénale normale, dans ce stade on trouve le diagnostic étiologie et traitement, évaluer et traiter les facteurs de risques de progression, et l'éviction des substances néphrotiques.

Après le deuxième stade, insuffisance rénale légère. Estimer et ralentir la progression et la prise en charge des comorbidités.

Ensuite le troisième stade, qui est insuffisance rénale modérée. On a le diagnostic et prévention et traitement des complications, et préservation du capital veineux, et vaccination contre l'hépatite B.

Pour le quatrième stade, insuffisance rénale sévère. La préparation au traitement de suppléance.

Enfin le dernier stade, insuffisance rénale terminale. Mise en route du traitement de suppléance, quand nécessaire (Bruno et al., 2016, p. 203).

2.5 Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique

Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique repose sur des données biologiques, cliniques et radiologiques. Sa découverte peut se faire de deux façons, soit la néphropathie initiale est connue et la surveillance permet de détecter l'augmentation du taux de créatinine plasmatique, soit la néphropathie n'est pas connue et la maladie peut être découverte à un stade précoce où les manifestations cliniques sont négligeables, ou à un stade avancé.

L'insuffisance rénale diagnostiquée par calcul du DFG, et Recherche de signes de néphropathie associée (protéinurie, hématurie...), d'anomalies sur les voies excrétrices (échographie). Caractère chronique ; Insuffisance rénale depuis > 3 mois, et Taille des reins

diminuée, et Critères biologiques : anémie normo chrome, normocytaire, a régénérative, hypocalcémie (Brunoet al., 2016, p. 218).

Pour établir le diagnostic positif de l'insuffisance rénale chronique, il faut tout d'abord réaliser l'anamnèse médicale :

-Connaître les antécédents médicaux personnels et familiaux du patient en termes de néphropathie

- Connaître l'état de santé actuel du patient.

- Connaître les antécédents personnels de :

- diabète, hypertension artérielle, de maladie athéromateuse.
- d'infections urinaires hautes récidivantes, d'uropathie, de lithiase.
- de maladie systémique ou de maladie auto-immune.
- de goutte.
- de protéinurie, d'hématurie.

-Rechercher une prise chronique ou intermittente de médicaments potentiellement nephrotoxiques : AINS, antalgiques, anti-calcine urines...

-Rechercher une exposition éventuelle à des toxiques professionnels tels que le plomb et le cadmium.

-Dans un second temps, on recherche à l'examen clinique :

• Une hypertension artérielle, un souffle vasculaire sur les axes artériels, la disparition de pouls périphérique.

• Des œdèmes, des reins palpables, un obstacle urologique (lobe vésical, touchers pelviens).

- Des signes extrarénaux de maladie systémique.

- Halitose (concentration d'urée dans la salive), démangeaisons de la peau.

- Retard de croissance et rachitisme chez les enfants (déficience en vitamine D).

-Ensuite des examens paracliniques sont réalisés :

- Des examens biologiques et sanguins : une électrophorèse des protéines sériques, une glycémie à jeun.

- Des examens biologiques et urinaires : protéinurie des 24h, cytologie urinaire quantitative sur urines fraîches pour rechercher et quantifier une hématurie, une leucocytaire et rechercher des cylindres.

- une imagerie qui peut comprendre notamment échographie rénale, urographie intra veineuse, scanné, biopsie qui permettra d'apprécier la morphologie rénale et de rechercher un éventuel obstacle dans les vies excrétrices.

Le diagnostic de l'Insuffisance rénale chronique sera confirmé par analyse biologique : la fonction rénale est appréciée par la mesure du DFG qui correspond à la capacité d'élimination dans le temps du glomérule. On observera une diminution permanente du DFG mesuré par les différentes techniques vues précédemment. (Guide du parcours de soin (Haute autorité de santé (HAS), 2012, p. 7).

2.6 Les complications de l'IRC :

Les complications de l'insuffisance rénale chronique sont très diverses on peut citer :

- risque de complications cardiaques, crises d'angine de poitrine, parfois un infarctus du myocarde, surtout si vous êtes fumeur.

- complications cérébrales : hémiplégie quelquefois.

- du fait de la moindre résistance de l'organisme le risque infectieux est plus important (hépatite B, hépatite C).

- hémorragies digestives en rapport avec une gastrite ou un ulcère gastrique, plus fréquent que chez le sujet normal.

- troubles des règles chez la femme.

- altération des fonctions sexuelles.

- enfin troubles psychologiques possibles. (Rademacher, 2004, p.17)

2.7 Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique :

Trois types de traitement permettent d'assurer la suppléance de la fonction rénale :

▪ La transplantation rénale :

Lorsqu'elle est possible, il s'agit de la meilleure méthode de suppléance de la fonction rénale par rapport à l'hémodialyse et à la dialyse péritonéale du fait :

- d'une meilleure qualité de vie.
- d'une morbidité cardio-vasculaire moindre.
- d'une espérance de vie supérieure.
- d'un cout de traitement très inférieur après la première année.

Dans la plupart des cas où elle est possible, elle peut être envisagée au stade d'insuffisance rénale sévère, avant qu'un traitement dialytique ne soit institué. La transplantation rénale fait l'objet d'un chapitre (Hulot, 2007, p.213).

▪ L'hémodialyse :**. Généralités**

C'est la technique de dialyse :

- la plus utilisée en France (>90%).
- qui permet les durées de survie dans la technique les plus longues (jusqu'à 20 ans et plus).
- la plus coûteuse.
- Elle peut être réalisée dans différentes structures :

Centre d'hémodialyse lourd avec présence médicale permanente au domicile par des patients autonomes.

. Réalisation pratique :

Les séances d'hémodialyse sont réalisées en général trois fois par semaine, et durent chacune 4 à 6 heures. L'hémodialyse nécessite :

- une circulation extracorporelle.
- un système (dialyseur et générateur d'hémodialyse) permettant la réalisation des échanges selon les principes définis ci-dessus.
- une installation de traitement de l'eau.

La circulation extracorporelle nécessite :

- un abord vasculaire :
- fistule artériole-veineuse de préférence.
- anse prothétique artériole-veineuse.
- cathéter tunnel lise ou non (pose en urgence).
- une anti coagulation efficace du circuit extracorporel par héparine non fractionnée ou de bas poids moléculaire.
- un circuit extracorporel (à usage unique).
- Les échanges sont réalisés dans un dialyseur (jetable) en fibres capillaires le plus souvent, dont le principe est d'offrir une surface d'échange importante pour un volume de sang faible.

Le générateur d'hémodialyse, matériel lourd, permet :

- la réalisation et le contrôle de la circulation extracorporelle.
- la fabrication du bain de dialyse à partir de l'eau osmose (voir plus bas).
- le contrôle du débit et volume d'ultra filtrat soustrait au patient.

L'eau osmose est obtenue à partir de l'eau de ville, par une chaîne de traitement complexe qui permet d'éliminer :

- bactéries et toxines.
- métaux toxiques (aluminium, plomb, etc.).
- calcium et autres ions (Hulot, 2007, p. 214).

- **Dialyse péritonéale :**

. Généralités

C'est une technique de dialyse :

- moins utilisée que l'hémodialyse en France (10% des patients).
- qui permet le traitement à domicile et qui est mieux tolérée au plan hémodynamique que l'hémodialyse.

- qui a des performances d'épuration moindre que l'hémodialyse (difficultés techniques chez les patients de fort gabarit) et dont la durée d'utilisation chez un patient est limitée à quelques années (5ans) du fait de l'altération progressive des propriétés du péritoine.
- moins coûteuse que l'hémodialyse (Hulot, 2007, p. 215).

. Réalisation pratique :

La dialyse péritonéale nécessite :

- un cathéter de dialyse péritonéale insère chirurgicalement, l'extrémité étant dans le cul-de-sac de douglas, l'autre étant tunnelier dans un trajet sous cutané latter-ombilical.
- un système de connexion qui permet d'assurer les échanges de façon aseptique.
- des poches de dialyse stérile d'un volume d'environ 1,5 à 2,5 litres.

Les échanges peuvent être réalisés de deux façons :

- par une technique manuelle permettant 3 à 5 échanges par jour. Une stase de quelques heures (4 en moyenne) permet les échanges diffusifs. Le liquide est ensuite draine par simple gravite. Le plus souvent 8 à 10 litres d'échanges quotidiens sont nécessaires.
- par une technique automatisée, une machine assurant les échanges la nuit.

Le choix entre les deux techniques dépend :

- de la nécessité d'assurer un volume d'échange plus important (patients de fort gabarit).
- de la nécessité de libérer le patient pendant la journée (ex. Enfants scolarisés).

Comme l'hémodialyse, la dialyse péritonéale chronique permet, grâce aux échanges réalisés quotidiennement :

- de contrôler les volumes liquidiens.
- de soustraire les différentes molécules à élimination urinaire.
- de corriger les différentes anomalies électrolytiques induites par l'Insuffisance rénale chronique.

Le régime alimentaire des patients trais par dialyse péritonéale comprend :

- une restriction hydrique souvent moins sévère qu'en hémodialyse, la diurèse résiduelle étant conservée plus longtemps.
- une alimentation peu salée.
- des apports protéiques importants comme en hémodialyse, soit 1,2g de protéines /kg/jour, avec le problème supplémentaire d'une déperdition protéique liée à la technique.
- des apports caloriques de 35kcal/kg/jour. (Hulot, 2007, p. 216).

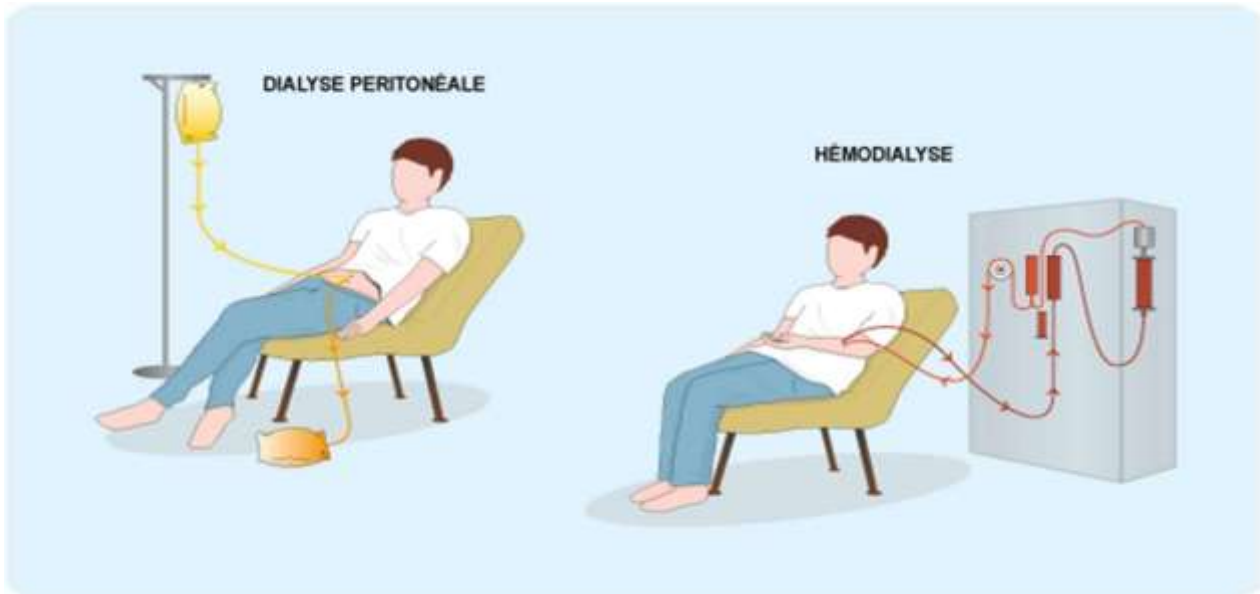


Figure N°2 : Représente l'hémodialyse et la dialyse péritonéale (centre de néphrologie du Lez).

II- Aspect psychologique de l'insuffisance rénale chronique

1. L'annonce de la maladie

Les chercheurs ont constaté que l'annonce de la maladie de l'insuffisance rénale est un choc traumatique pour les patients et leur entourage surtout lorsqu'ils apprennent que la dialyse est inévitable. Pour cela le déni de ce qui arrive et la colère sont des réactions et des sentiments normaux et fréquents où la vie des patients va être chamboulée. Chaque malade réagit différemment à cette maladie chronique, aussi singulièrement, il s'inquiète, s'effondre, s'isole et sa vie personnelle et professionnelle se dégradent.

La réaction psychologique du patient à l'annonce de la maladie chronique est souvent imprévisible : surprise, détresse, panique ... voire soulagement. De ce fait l'annonce initiale du diagnostic suscite de l'anxiété où le patient peut se sentir en danger. Dans tous les cas, l'annonce a un impact important sur l'acceptation de la maladie.

L'annonce pose également une marque indélébile sur l'avenir (le futur est à réinventer). L'annonce d'une maladie chronique a un impact psychologique important avec trois types d'effets :

- L'annonce est un acte de baptême d'une maladie.
- L'annonce entraîne un changement d'identité : apprendre que l'on a une maladie chronique, c'est aussi apprendre que l'on est malade.
- L'annonce nécessite enfin un travail de "deuil" de l'état de santé antérieur : il est nécessaire de faire le deuil de ce que l'on était avant de s'accepter tel que l'on est maintenant et de reconstruire le futur. Ce travail de deuil de l'état de santé antérieur permet l'acceptation de la maladie chronique, c'est à dire l'appropriation de sa maladie par le patient .Il s'agit d'une attitude qui se caractérise par le consentement lucide à une réalité, à une situation que l'on décide d'assumer et qui permet d'envisager un avenir avec la maladie chronique. Une carence ou une mauvaise information au début de la maladie peuvent grever lourdement la prise en charge ultérieure. En plusieurs phases permet maturation de l'acceptation (Modèle d'Elizabeth Kubler-Ross, 1976).

2. Aspect psychologique de l'IRC

L'aspect psychologique de l'IRC est essentiel et nécessite une très bonne compréhension afin de pouvoir améliorer la qualité de vie des personnes atteintes.

On peut citer quelques répercussions psychologiques de l'insuffisance rénale chronique :

- L'angoisse :

Les difficultés psychologiques liées au fait que leur maladie soit mortelle et rend indispensable des soins contraignants. La découverte de la maladie donc conforte le patient à sa propre mort.

- Le problème du rapport au temps chez la personne dialysée :

La dialysée souvent considérée par les patients comme un temps « mort », perdu.

- Les remaniements de l'image du corps :

On peut observer des bouleversements au niveau de l'image du corps. La maladie peut entraîner une dépréciation corporelle, le sujet en vient à considérer son corps comme incomplet, craint que celui-ci ne soit « déformé »

- Le régime et les contraintes alimentaires :

Les restrictions sur les prises de nourritures et d'eau sont difficiles, surtout chez les personnes âgées car manger et boire représentent des sources de plaisir immédiat ; c'est le principe de plaisir versus le principe de réalité.

- Dysfonctionnements sexuels :

Tous les hémodialysés présentent des dysfonctionnements sexuels à des degrés divers. Ces troubles semblent plus fréquents chez les hommes. Chez eux, la diminution ou la disparition de la fonction rénale et donc de la fonction urinaire, entraîne une perte de la libido car ces deux fonctions sont symboliquement très liées chez l'homme. Selon Jean François Allilaire, in Cupa, "la fonction urinaire contribue à symboliser la permanence de la virilité. Contrôler cette fonction est source de gratification alors que la perte de la fonction urinaire représente une frustration». De plus, il faut tenir compte de l'état anxieux ou dépressif, ainsi que du bouleversement de la vie de couple induite par la dialyse (Lefebvre ,2005,p.4-5).

3. Troubles psychique chez les personnes atteintes de l'IRC

La dépression :

En hémodialyse, les patients sont totalement dépendants de la machine et des soignants .Nous seulement ils manquent souvent de confiance en eux-mêmes pour monter seuls leur machine, (d'où les difficultés à mettre en place de véritables antennes d'auto dialysent), mais également la maladie diminue les capacités d'apprentissage. L'état dépressif empêche aussi d'apprendre et perturbe les capacités cognitives. De plus, la vision du sang dans la tubulure est parfois insupportable. L'hémodialyse entraîne une souffrance psychique itérative puisque le

patient doit s'y rendre trois fois par semaine, ou plus. je citerai à ce patient l'exemple de ce patient de 42ans qui avait dû suivre une quatrième séance cette semaine - là du fait de sa prise de poids excessive." ça m'a mis un coup au moral dit-il, de faire cette séance supplémentaire" (Lefebvre,2005,p3)

Anxiété :

Les troubles anxieux et la dépression renvient à deux maladies différentes néanmoins, l'anxiété est un symptôme fréquent en cas de dépression. cette peur sans cause évidente s'exprime aussi bien dans le corps ("boule" dans la gorge , gêne pour respirer , douleurs diverses ,notamment dans le ventre) que dans la tête (peur "flottante" , ruminations ,sentiment de catastrophe imminente)(Lamoureux , 2007,p.11).

4. La prise en charge psychologique

Le psychologue peut proposer une aide personnalisée, soit auprès de patients hospitalisés (à la demande de l'équipe soignante), soit auprès de patients venant en ambulatoire.

La prise en charge psychologique dans ce dernier cas peut être soit ponctuelle, soit révéler le besoin d'un suivi à plus ou moins long terme. Il peut également s'agir d'un bilan durant une séance, pour orienter le patient vers différents types de «soutien-psy» extérieurs à l'hôpital (psychiatres, autre psychologue, centres médicaux psychologiques...).

Le psychologue devrait se trouver à toutes les étapes clefs de la maladie et du soin, accompagner et soutenir les patients, mais aussi les équipes, dont il peut contribuer à améliorer la cohésion et la coordination, en fonction du programme d'éducation thérapeutique. (Grimault,2010).

La thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une méthode psychothérapeutique structurée, de durée généralement brève. Ces thérapies sont reconnues en terme d'amélioration des performances physiques, de vie sociale et de la qualité de vie des patients, et aussi elle fait initialement l'objet de multiple travaux dans le traitement des patients qui souffrent des troubles dépressifs et anxieux, comme il est connu que la plupart des insuffisants rénaux développent ces derniers.

•TCC vise à mettre en disposition des patients souffrant d'une douleur chronique de meilleurs outils pour faire face à leur souffrance et à ses conséquences dans la vie quotidienne.

•La TCC a pour but non pas de tant de faire disparaître les douleurs, mais bien plutôt d'aider les patients à mieux gérer ces douleurs et leurs conséquences négatives (Chassot et coll ,2009, p.7-8-9).

Synthèse

L'insuffisance rénale chronique a des aspects à la fois médicaux et psychologiques. Sur le plan médical, cela implique une diminution de la fonction rénale, des déséquilibres chimiques et une accumulation de toxines dans le corps. Cela peut nécessiter un traitement médical, comme la dialyse ou une transplantation rénale. Du point de vue psychologique, vivre avec cette condition peut être difficile émotionnellement et angoissant.

Chapitre II : l'angoisse**Préambule**

- 1- Définition de l'angoisse.
- 2- Les types de l'angoisse.
- 3- Les symptômes de l'angoisse.
- 4- Les causes de l'angoisse.
- 5- Les théories explicatives de l'angoisse.
- 6- Les formes cliniques de l'angoisse.
- 7- La classification de l'angoisse selon les différentes structures.
- 8- Le traitement de l'angoisse.

Synthèse

Préambule

L'angoisse peut être un véritable défi dans nos vies, affectent notre santé mentale et physiques. L'insuffisance rénale chronique est l'une des maladies qui accompagnent une personne pendant une longue période de sa vie, ce qui affecte son état émotionnelle et son état cognitif et son adaptation psychologique, et cela se reflète donc sur son état de santé générale, car il est incapable de remplir ses rôles habituels comme il le devrait.

Dans ce chapitre on va aborder les différentes définitions de l'angoisse, ses types, ses symptômes, ses causes, les théories explicatives de l'angoisse, ses formes cliniques, sa classification selon les structures et enfin son traitement

1. Les différentes définitions de l'angoisse

Selon Freud :

En accord avec S. Freud, nous pouvons dire qu'elle est de l'ordre de vécu et sans objets- l'angoisse est assimilée à de l'énergie libre : une excitation pulsionnelle qui va tout mettre en œuvre pour se libérer, se décharger. L'idée de déchargement en évidence un mouvement sensori-moteur qui est perçu par le sujet dans son action, et dans sa sensation corporelle : elle entre dans le registre plaisir/ déplaisir. (Le Goff .I, 2009, p58).

Ainsi que l'angoisse a pour caractère inhérent l'indétermination et l'absence d'objet dans l'usage correct de la langue, son nom lui-même change lorsqu'elle a trouvé un objet : il est remplacé par celui de peur. (Freud. S, 1926, p199).

L'angoisse donc, est un ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs, caractériser par une sensation interne d'oppression et de resserrement, et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance, devant lesquelles l'être humaine se sent démuni et totalement dans le corps comme un réflexe archaïque (Grand Dictionnaire de la psychologie, 1999, p57).

Selon Lacan :

Lacan avait réfère l'angoisse au « corps morcelé) dans ses écrits d'avant-guerre, auquel le sujet est confronté au niveau du stade du miroir, l'angoisse est en signal, se structure et s'il y a de l'affect c'est l'affection qu'il s'agit : l'affection, l'assignation de l'être vivant partant propulsé dans l'humanité traumatisante, morcelé jusqu'à l'entrée de langage

Il s'agit donc, d'une affection à l'objet petit à cause du plaisir, identifiant le sujet dans le fantasme (Collinet, 2001, p.6).

Selon le vocabulaire de la psychanalyse :

L'angoisse signifie que le sujet est en attente de quelque chose, un danger connu ou inconnu, il ressemble son énergie pour se défendre et souffre de diverses manifestations somatiques, comme elle signifie aussi l'angine de poitrine précédant, peur dans le corps (Planch, 1967, p.2).

2. Les types de l'angoisse

Nous trouvons plusieurs types d'angoisse :

L'angoisse réelle :

Cette angoisse est déclenchée par la perception d'un danger extérieure, et elle est associée à un réflexe d'autoconservation. Freud considère cette angoisse comme une réaction qui contient de l'angoisse, qui est une peur sans objet, une abstraction. La peur est plus concrète, se manifeste devant un objet identifié et l'effroi ou la terreur devant un danger subi, soudain, sans avoir été préparé ou averti (Freud, 1916, p.46).

L'angoisse névrotique :

Ce type d'angoisse contient de l'angoisse d'attente et l'angoisse phobique. L'angoisse d'attente est une attente anxieuse qui est le présage d'un malheur ou l'on s'attend au pire : l'humeur est sombre et pessimiste et l'angoisse phobique elle survient devant un objet sinistre qui provoquerait un danger dans une situation à risque de danger probable (voyage, foule, solitude) une phobie qui semble incompréhensible (Freud, 1916, p.8-9).

Angoisse automatique :

L'angoisse automatique s'oppose pour Freud au signal d'angoisse. (Freud. S, 1926, p.16).

C'est la réaction de l'individu à chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique d'origine externe ou interne, il est incapable de maîtriser (La Planche et Pantalès, 1967, p.8-9).

Angoisse de morcellement :

Désigne une modalité d'angoisse très précoce dans le fonctionnement psychique. L'angoisse de morcellement concerne l'identité et le maintien d'une loi différenciant de nos moi, et unifie ce type d'angoisse, se trouve en suite chez les sujets qui présentent des troubles psychotiques (Paul, 2006, p.34-38).

Angoisse de séparation :

L'angoisse de séparation correspond au sentiment douloureux de crainte éprouvée par un individu lorsque la relation affective établie avec une personne importante de son entourage, se trouve menacés d'interruption ou interrompue, il peut s'agir d'une interruption par suite de la perte de liens affectifs ou d'une rupture consécutive à une perte réelle de la personne importante (Quindozi, 2002, p.16).

Angoisse de castration :

Seule du registre du symbolique, elle marque l'accès au désir génital, à la loi, à la relation triangulaire des personnes totales et sexuées (Bercieret, p.183-184).

3. Les symptômes de l'angoisse

- Les troubles toniques : hypertonie, grande décharges motrice au sein d'une motricité souvent désorganisée.
- Une hyper vigilance avec un visage immobile, silencieux, attentif comme glace.
- Des troubles somatiques fréquents (anorexie, colique...etc.).
- Une inquiétude sur l'avenir avec souvent la crainte de survenue d'un accident, d'une maladie.
- Des pensées dépressives (dévalorisation, culpabilité) sont souvent associées.
- Des signes somatique : palpitation, tachycardie, sensation d'étouffement douleurs thoraciques, abdominales, nausées...etc.
- Des signes neurologiques : tremblement, secousse musculaire, vertiges, malaise.
- Des signes moteurs : agitation ou prostration.
- Des signes vasomoteurs : sueurs, bouffé de chaleur ou fusion.
- Des signes psychique : sensation d'étrangeté, de perte de repères de peur de mourir, et de devenir fou.

4. Les causes de l'angoisse :

Elles sont très nombreuses, mais difficile à repérer car le motif est rarement apparent. Parfois seule une psychothérapie menée à son terme permet de découvrir toutes les origines et de faire baisse.

- **Origine physique** : certaines maladies donnent des symptômes voisins. Une consultation s'impose donc.

- **Interrogation existentielle** : qu'on les personne qui n'ont pas trouvé le sens de leur vie sur terre, et s'interroge sur leur destinée après la mort.
- **Origine psychologique** : l'angoisse peut être apprise, par identification à des parents toujours anxieux.

Elle peut être liée à l'impossibilité de trouver un lien qui relie le passé, le présent et l'avenir de notre existence. Il peut s'agir aussi d'un refoulement. La libido (traduction psychique de pulsion sexuelle) devient angoisse si la pulsion ne peut obtenir satisfaction.

L'angoisse permet au Moi d'anticiper le danger provoqué par la manifestation d'une pulsion. (<http://www.anxieté,angoisse,stresset dépression en hormonologie/PDF.mht.théodore-yvesNassé>).

5. Les théories explicatives de l'angoisse :

La théorie psychanalytique de Sigmund Freud :

Freud a développé une première théorie de l'angoisse dans laquelle la sexualité avait une grande importance. La sexualité ne désigne pas le sexe mais l'économie libidinale au sens d'investissement de la relation à soi et à l'autre. Selon lui, l'angoisse serait la conséquence d'une accumulation de tensions liées à l'interdit moral ou surmoïque qui empêche la réalisation du désir.

L'angoisse est issue du conflit entre les désirs, les exigences pulsionnelles et les contraintes externes et internes. Cette première théorie, basée sur un modèle biologique, reste purement économique. Aussi, pour l'illustrer, Freud utilise une métaphore : « l'angoisse est donc la monnaie qui a universellement cours, contre laquelle sont ou peuvent être échangé toutes les motions d'affects, si le contenu de représentation s'y rapportant est soumis au refoulement. ». (<http://psychologueparis-7.fr/lapproche-psychanalytique-de-langoisse>).

La théorie cognitivo comportementale :

Les thérapies cognitives comportementales (TCC) représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées dans un premiers temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant et théorie de l'apprentissage sociale. Puis elles sont également pris pour références les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le

modèle du traitement de l'information. On parle actuellement de thérapies comportementales et cognitive reflète la pratique la plus fréquente.

Selon les principes de la TCC, ce que nous ressentons est liés à notre perception de la situation angoissante et non simplement à la nature de cette situation. Cette idée a son origine dans les anciennes philosophies orientale et occidentales. Dans ses premiers ouvrages, Aaron Beck, le père de la TCC, a décrit les schémas de pensée négatives associées à l'angoisse (par ex : être critique à l'égard de soi, du monde et de l'avenir). Il a également décrit des moyens de cibler et d'atténuer les pensées négatives afin d'améliorer l'humeur. Plus tard, Beck et ses collègues se sont concentrés sur le contenu des pensées et le processus de pensée associée à l'angoisse ainsi que sur les moyens de traiter les problèmes d'angoisse. Depuis sa création, la TCC est devenue une des méthodes thérapeutiques les plus répandues (Neil et Rector, 2010, p. 3).

6. Les formes cliniques de l'angoisse :

Les manifestations cliniques de l'angoisse sont variables, on trouve les manifestations somatiques, psychiques et comportementales :

Les manifestations somatiques :

Se divisent en sept types :

- **Musculaire :** douleurs et courbatures, raideurs, sursauts se causes clonique, grincement des dents, voix mal assurée.
- **Sensorielles :** bourdonnement d'oreilles, vision brouillé bouffées de chaleur au de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement.
- **Cardio-vasculaires :** tachycardie, palpitation, douleurs dans la poitrine oppression, battement des vaisseaux.
- **Respiratoires :** poidssur la poitrine ou construction, sensation d'étouffement, soupirs, dyspnée, toux hyperventilation.
- **Gastro-intestinales :** difficulté à évaluer dyspepsie coliques abdominales, borborygmes, diarrhée, perte de poids, constipation, hoquet, soif ou faim paroxystique.
- **Génito-urinaire :** aménorrhée ménorragies, apparition d'une frigidité, mictions fréquents.
- **Système nerveux-autonome :** bouche sèche, accès de rougeur pâleur, tendance à la sudation, vertiges.

Les manifestations psychiques :

elles surviennent se forme d'attente crainte (soucis excessif et ou injustifiés) concernant des situation ou des événements peur anticipateur, appréhension intense avec sensation d'une menace grave , perception de diverses modifications somatiques, génératrice, d'anxiété, a extrême sentiments de mort imminente , peur de perdre la raison au signes de dépersonnalisation et altération des fonctions cognitives : concentration, lassitude doute indécision B.E.C : évaluations des troubles de mémoire et des désordres cognitifs associés.

Les manifestations comportementales :

On trouve la tension, tics divers, onychophagie, instabilité, agitation, évitement phobique : symptômes de l'angoisse mais déjà transformation de l'angoisse, et une addiction à tentative auto thérapeutique à un vécu d'angoisse comportement comme tentative de résolution de défense et comme produisant également de la souffrance (Lydia, 2008, p.4-5).

7. La classification de l'angoisse selon les structures

Trois types d'angoisse sont différenciés qualitativement selon les trois structure pathologiques suivantes :

- **Chez le névrotique** : elle provient de la relation triangulaire et pendant la signification d'angoisse de castration.
- **Chez le sujet état limite (border line)** : elle provient de la relation triangulaire et pendant la signification d'angoisse de castration.
- **Chez le psychotique** : elle provient de mort et est reconnue sous l'angoisse de morcellement (Goff., 2009, p.31).

8. Le traitement de l'angoisse

Il existe maintenant des interventions psychologiques et pharmacologiques efficace pour les troubles anxieux. Des progrès immenses ont été réalisés dans la compréhension et le traitement des troubles anxieux au cours des vingt dernières années.

Les psychothérapies psychanalytiques :

La psychanalyse a pour but d'aider les patients, à identifier les conflits inconscients, sous-jacents aux conduits générant l'angoisse et à préciser les traumatismes précoces des premières expériences interpersonnelles, dans le cadre du transfert ; thérapeute-patient.

Dans la psychanalyse, il s'agit donc revenir aux traumatismes passés, de retrouver les souvenirs des scènes oubliées afin de permettre l'expression et l'abréaction des affects qui leur sont liés ; la démarche s'appuie sur la libre association, l'exploration des rêves, l'analyse des souvenirs écartés. Pour les thérapies existentielles, le travail s'opère sur le ressenti actuel et sur l'expression dans la situation thérapeutique d'une gestalt inachevée ; il faut lever les inhibitions qui empêchent le patient de trouver une nouvelle réponse aux situations qu'il répète ; à partir de là, il peut libérer les émotions contenues par l'inhibition (Delourme, 2004, p.166).

Traitement médical :

Le traitement des états d'angoisse fait appel à des médicaments et à des moyens de psychothérapie. Le rôle de ces derniers s'est progressivement accru, au vu des effets indésirables des médicaments.

Les médicaments classiques des états d'angoisse sont : les benzodiazépines. Elles sont prescrites pour une durée limitée (deux semaines en principe), et doivent être considérées comme une aide au traitement, non comme la solution. Les effets indésirables incluent la sédation, une dépendance, des possibilités d'interaction avec l'alcool et d'autres médicaments. De plus, au moment de l'arrêt du traitement, l'angoisse peut réapparaître plus forte encore qu'auparavant (effet rebond).

D'autres médicaments, essayés avec des succès limités, incluent notamment des antidépresseurs et des antagonistes du système sympathique. Le clonazépam, l'alprazolam et le lorazépam. Ces médicaments peuvent soulager et maîtriser l'angoisse rapidement à court terme, mais ils font en sorte que le client a davantage de difficultés à apprendre. Plusieurs autres types de médicaments sont actuellement à l'étude (Neil et Rector, 2010, p.41).

Synthèse

L'angoisse dans le contexte de l'insuffisance rénale chronique constitue une réalité complexe, influencée par la dualité entre la détérioration physique des reins et les conséquences émotionnelles. Les patients font face à une tension constante entre la gestion de leur santé physique et la navigation des tumultes psychologiques. La compréhension de cette dynamique offre des opportunités cruciales pour développer des approches de prise en charge intégrées, mettant en lumière l'importance d'une approche holistique qui englobe à la fois les aspects médicaux et les dimensions psychologiques de la maladie rénale chronique.

Partie Pratique

Chapitre III : Méthodologie de recherche

Préambule

- 1- La pré-enquête.
- 2- Le lieu de recherche.
- 3- Les limites de recherche.
- 4- La méthode de recherche.
- 5- La population d'étude et les caractéristiques de choix.
- 6- Les outils d'investigation.

Synthèse

Préambule

Après la présentation de la première partie qui constitue le côté théorique de notre recherche, la deuxième partie pratique vient compléter notre étude dans le but de vérifier nos hypothèses émises au départ.

Cette partie comprend les éléments suivants : la présentation de la pré-enquête, les limites de la recherche, la méthode de recherche, le lieu de la recherche, ainsi que les outils d'investigations utilisés et enfin la présentation et l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses émises au début de la recherche.

1. La pré-enquête :

On note que la meilleure façon d'entamer un travail de recherche scientifique est de procéder à une pré-enquête, afin de préparer l'enquête proprement dite. Elle se révèle très utile pour enrichir notre problématique, affirmer nos hypothèses, et construire notre guide d'entretien.

La pré-enquête est en effet l'une des étapes les plus importantes dans la recherche scientifique notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, car elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche ainsi que sur la population visée.

Chauchat définit la pré-enquête comme étant : « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle consiste à définir des liens entre la construction théorique, et les faits observables, son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation. Cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peu directifs » (Chauchat, 1999, p.63).

Il est donc indispensable, dans notre démarche de travail de s'assurer de la fiabilité de notre recherche, la construction des hypothèses et du guide d'entretien, les conditions de l'étude mais aussi la possibilité d'obtenir le consentement des patients atteints d'une insuffisance rénale chronique nécessaire pour la construction de notre population d'étude avant d'entamer cette dernière relative au problème posé dans notre thème.

Pour ce faire nous avons effectué notre pré-enquête à « l'EURL Centre d'Hémodialyse Achifa » de Bejaia sous forme d'une exploration préalable basée sur la collecte d'informations concernant le lieu et la prise en charge des patients atteints d'une insuffisance rénale chronique.

A notre première visite de lieu, nous avons pris contact avec le personnel médical qui nous ont expliqué le déroulement des soins accordés au patient et orienter vers un procédé qui convient à notre travail de recherche sans pour autant affecter leur rythme de travail habituelle, le médecin néphrologue nous accorde alors son bureau et orienté vers nous des patients atteintes d'une insuffisance rénale chronique afin d'éviter de déranger certains hémodialysés car ils dorment durant les séances d'hémodialyse.

Lors des premières rencontres avec les patients, nous avons commencé par l'explication de notre l'objectif de notre étude pour pouvoir obtenir leur consentement pour participer.

Ensuite nous avons commencé l'application de nos outils d'investigations tels que l'entretien semi directif finir avec l'application de l'échelle d'anxiété de Spielberger.

2. Le lieu de recherche :

Centre d'hémodialyse Achifa :

Le choix du terrain d'étude a été porté sur L'EURL centre d'hémodialyse Achifa de Bejaïa, en raison de la disponibilité d'une salle d'hémodialyse où sont accueillis des malades atteints d'insuffisance rénale chronique.

Ce centre situé à la cité Zirara de Bejaïa, il se compose d'un bureau de néphrologue, une cuisine, salle d'attente, et la salle d'hémodialyse qui contient 12 lits.

Le corps technique du centre est constitué d'une équipe représentée par des infirmiers et des néphrologues.

Ce centre reçoit plus de 60 patients de différentes régions de Bejaïa pour une capacité de 12 lits.

3. Les limites de recherche :

Notre recherche s'est déroulée au sein de l'EURL centre d'Hémodialyse « Achifa » Bejaïa à une fréquence de deux fois par semaine à partir le 22 février jusqu'au 31 mars 2024.*

Notre groupe de recherche présente l'insuffisance rénale chronique.

On a utilisé comme outil l'entretien clinique semi-directif et l'échelle d'anxiété de Spielberger.

4. La méthode de recherche

Différentes formes de pratiques sont appliquées par le chercheur, lors du travail de terrain ; des enquêtes de population restreinte, des études de cas ou encore sous forme d'un problème particulier. En effet un bon travail de recherche nécessite un choix soigneux et rigoureux de la

Méthode de travail, le chercheur doit donc s'assurer de la faisabilité de son thème, en reconnaissant les points d'appuis et les obstacles du terrain choisi. Alors cela va lui permettre une meilleure manipulation des données collectées et enregistrées, donc une bonne organisation lui est nécessaire au bon déroulement du travail.

Dans notre travail de recherche, on a opté pour le choix de la méthode descriptive qui consiste en une observation approfondie d'un cas, elle nous permet de regrouper un grand nombre de donnée, ainsi que des méthodes différentes (entretien, questionnaire, échelles cliniques) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale (Chaharaoui et Bénony, 2003, p. 125, 126).

En effet nous avons choisi l'étude de cas qui fait partie des méthodes descriptives, D'Allonnes : l'étude de cas sert à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique (Pedenielli, 2006, p. 59-63).

Étant donné que l'étude de cas permet de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet, elle nous permettra alors, dans le cadre de notre recherche sur l'angoisse chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique, de décrire la situation particulière de cette catégorie des malades, le but étant d'atteindre nos objectifs et vérifier nos hypothèses.

5. La population d'étude et les caractéristiques de choix :

✓ Sélection aléatoire de notre population d'étude :

Comme le thème de la recherche l'indique, le travail se portera sur des patients atteints d'une insuffisance rénale chronique. La rencontre avec les quatre cas nous a permis de constater une différence dans leurs réponses.

Pour la population d'étude, nous avons procédé à la sélection de quatre cas atteints d'une insuffisance rénale chronique adultes de sexes différents dont l'âge varie de 31 à 50 ans et qui ne dépasse pas les 50ans.

Les critères d'homogénéité retenus :

- Tous les sujets sont atteints d'une insuffisance rénale chronique.
- Tous les cas sont des adultes, dont l'âge varie entre (31 à 50 ans).

Les critères non pertinents pour la sélection

- Le niveau socioculturel : nous n'y avons pas accordé d'importance sachant que l'insuffisance rénale chronique peut atteindre toutes les classes sociales.
- Le sexe : nous n'avons pas accordé d'importance pour cette variable dans notre recherche, sachant que notre échantillon d'étude est composé d'homme et de femmes.

Les caractéristiques de choix : (voir le tableau ci-dessus)

Tableau N°1 : Récapitulatif des caractéristiques de choix de la population de la recherche

Cas	Sexe	Age	Type de l'insuffisance rénale
Fatima	Féminin	49 ans	Chronique
Brahim	Masculin	31 ans	Chronique
Nora	Féminin	50 ans	Chronique
Kamila	Féminin	37 ans	Chronique

6. Les outils d'investigation :

Dans le cadre d'une recherche scientifique, notamment en sciences humaines et sociales, il est nécessaire d'utiliser des outils de mesure efficace qui vont nous permettre d'atteindre nos objectifs et de valider notre étude, sachant que notre travail porte sur l'anxiété chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique, nous avons opté pour la combinaison de deux sortes d'outils ; l'entretien clinique semi-directif qui déterminera les différents facteurs contribuent à l'apparition de ce syndrome, ainsi que l'échelle de l'anxiété de Spielberger dans le but de mesurer le degré d'anxiété.

L'entretien clinique de recherche :

Peut être défini dans un premier temps comme un dispositif de base en psychologie clinique. Il est à la fois un outil de diagnostic, de thérapie, de soutien, c'est lui qui permet d'accéder à la représentation du patient, à son émotion et à son vécu

Selon Bénony et Chahraoui (1999), l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné « l'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens, vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se s'entrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation » (Bénony et Chahraoui, 1999, p.11).

L'entretien clinique s'inscrit dans une activité d'interventions psychologiques. Au cours de cette activité un dispositif d'enregistrement de l'entretien peut être mis en place, ce qui permet dans un deuxième temps en dehors de la relation d'aide de travailler sur le corpus de l'entretien ; cette technique est utilisée dans la recherche sur les psychothérapies. Ce type de recherche doit être réalisé, pour garantir une certaine objectivité, par un groupe de recherche afin d'éviter que le thérapeute assume seule les deux positions (celle de chercheur et de thérapeute) (Bénony et Chahraoui, 2003, p.141).

Nous avons choisi l'entretien semi-directif défini en tant que guide d'entretien avec plusieurs questions préparés à l'avance mais non formulées d'avance. Bien étendu le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème préposée dans l'interrompte, car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit. Autrement dit ce type d'entretien favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant la personne sur des questions précises par lesquelles l'examineur souhaite une réponse (Chahraoui et Coll, 2003).

En psychologie clinique les buts d'entretien sont divers ; reconstituer l'histoire du sujet (anamnèse), sonder ses connaissances (interrogation orale), juger ses aptitudes à un apprentissage (orientation) ou un emploi (sélection), contribuer au diagnostic, à l'indication et au traitement pour des sujets souffrant de troubles psychiques et ou relationnels, aider le sujet à affronter une difficulté ponctuelle dans l'existence...etc (Roland et al.,2005,p.261).

L'objectif de notre entretien semi-directif est de recueillir des informations pour mesurer le niveau d'angoisse chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique et pour mieux analyser les résultats.

Après l'entretien clinique nous allons maintenant expliquer comment nous avons élaborés notre guide d'entretien et de combien d'axes il se compose.

Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, ce guide invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué (Anne, 2008, p.194).

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celle-ci ne doivent pas être posées d'une manière directe' il s'agit d'avantage de thème à aborder que le chercheur connaît bien (Benony et Chahraoui,1999,p.96).

Notre guide d'entretien est composé de 4 axes. Chaque axe est composé de questions directes en relation avec notre recherche, pour recueillir le plus grand nombre d'informations possibles concernant l'anxiété chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique. Les questions posées sont de type directif et semi directif posées en langue française et en langue kabyle pour assurer la bonne compréhension de celle-ci.

Notre guide d'entretien comprend les axes suivants :

Axe n°1 : renseignements personnels.

Axe n°2 : informations sur la maladie (IRC) et l'état de santé des patients.

Axe n°3 : informations liées au traitement de la maladie (IRC).

Axe n°4 : informations sur les signes d'anxiété.

Echelle de l'anxiété de Spielberger :**L'échelle générale de L'anxiété :**

Cette échelle contient 20 questions, qui évolue l'anxiété dans la vie générale, et se réfère à l'anxiété trait. C'est une disposition stable de la personnalité.

La consigne de l'échelle :

Ci-après figurent un certain nombre de déclarations que les gens utilisent pour se décrire. « Lisez chaque énoncés et cochez dans la case appropriée de droite ce qui convient le mieux à la façon dont vous vous sentez en général ».

« Il n'existe ni bonne ni mauvaises réponses. Ne passez pas trop du temps sur chacun des points, mais donnez la réponse qui semble décrire le mieux ce que vous ressentez généralement ».

Cotation :

Pour pouvoir évoluer votre niveau d'anxiété il vous suffit de :

Compter **1** point pour la réponse « **presque jamais** », **2** points pour la réponse « **parfois** », **3** points pour la réponse « **souvent** » et **4** points pour la réponse « **presque toujours** » et cela pour les questions : **2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 18, 20**

Pour les questions : **1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16, 19** : la cotation est inversée c'est-à-dire qu'il faut compter **4** points pour « **presque jamais** », **3** points pour « **parfois** », **2** points pour « **souvent** » et **1** points pour « **presque toujours** ». Puis faite le totale de vos points :

Chez les femmes la moyenne est de 47,13.

Chez les hommes la moyenne est de 39,27.

Si vous été au-dessus de cette moyenne, vous avez une personnalité anxieuse. Au plus, votre score est élevé au plus vous présentez une anxiété importante.

Chez les femmes, si vous dépassez le score de 61, vous êtes très anxieuse et ceci interfère sur votre qualité de vie.

Chez les hommes, si vous dépassez le score de 51, vous êtes très anxieux et ceci interfère sur votre qualité de vie.

Tableau N°2 : Indiquant le critère de mesuré l'anxiété générale de Spielberger

<u>Degrés de l'anxiété</u>	<u>Niveau d'anxiété</u>
Moins de 20	Pas d'anxiété
(20 à 40)	Anxiété naturelle
(40 à 60)	Anxiété moyenne
(60 à 80)	Anxiété sévère

L'échelle de l'anxiété d'état :

L'échelle d'anxiété d'état contient 20 question, il évolue les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent au moment de la situation anxiogène ou de la situation de compétition. Cette échelle est donc un indicateur des modifications transition de l'anxiété provoqué par des situations aversives ou thérapeutique, la compétence peut être une situation génératrice d'anxiété.

Cette échelle mesure donc l'anxiété éprouvée par le sujet pour une situation de compétition.

La consigne de l'échelle :

« Imaginons la situation suivante : dans quelques instant, vous allez participer à une compétition dont le résultat est particulièrement important pour vous et la suite de votre carrière sportive ».

« Ci-après figurent un certain nombre de déclaration que les gens utilisant souvent pour se décrire. Lisez chacun des énoncés et cochez dans la case appropriées de droite ce qui convient le mieux à la façon dont vous vous sentez maintenant avant cette compétition ; il n'existe ni bonnes ni mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur chacun des points, mais donnez

la réponse qui semble décrire le mieux ce que vous ressentez dans cette situation .répondez à toute les questions et ne cochez qu'une case pour chacun d'entre elles »

Cotation :

Pour se faire, il vous suffit de :

Compter **1** point pour la réponse « **Pas de tout** », **2** point pour la réponse « **un peu** », **3** point pour la réponse « **Modérément** » et **4** point pour la réponse « **Beaucoup** ». pour les questions **3,4,,6,9,12,13,14,17,18**.

Compter **4** pour la réponse « **pas du tout** », **3** pour la réponse « **un peu** », **2** point pour la réponse « **Modérément** » et **1** point pour la réponse « **Beaucoup** ». Pour les questions **1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16,19**. Puis faites le total de vos points.

Chez les femmes, la moyenne est de 42 points.

Chez les hommes, la moyenne est de 37points.

Si vous êtes au-dessus de cette moyenne, la situation de compétition génère une anxiété importante. Au plus votre score est élevée au plus cette situation de compétition est vécue de façon anxiogène. (<http://www.IRBMS.com>).

Tableau N°3 : Indiquant le critère de mesuré l'anxiété d'état de Spielberger

<u>Degrés de l'anxiété</u>	<u>Niveau d'anxiété</u>
Moins de 20	Pas d'anxiété
(20à 40)	Anxiété naturelle
(40à60)	Anxiété moyenne
(60à80)	Anxiété sévère

Synthèse

Ce chapitre nous a permis de comprendre le déroulement de la démarche clinique, et d'apprendre l'utilisation des techniques à suivre telle que l'échelle de l'anxiété de Spielberger qui mesure le degré d'anxiété chez notre population d'étude, ainsi le guide d'entretien qui nous a permis de recueillir maximum d'informations afin de vérifier nos hypothèses de recherche.

Chapitre IV: Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule

- 1- Présentation et analyse des résultats de l'entretien et de l'échelle de Spielberger.
- 2- Discussion des hypothèses

Synthèse

Préambule

Après la présentation du chapitre de la méthodologie de la recherche, celui-ci sera destiné à la présentation de nos cas, qui ont bien accepté de participer à notre entretien ainsi que les résultats obtenus lors de la passation de l'échelle de l'anxiété de Speilberger.

1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien et de l'échelle de Speilberger

Cas clinique N°1 :

Information personnelle du patient :

Madame Fatima, âgée de 49 ans, la deuxième d'une fratrie de quatre enfants ; une fille et trois garçons, elle est mariée depuis 21 ans et mère d'un garçon et de deux filles, son niveau d'instruction est secondaire ; deuxième année au lycée, femme au foyer.

Notre entretien avec elle s'est déroulé très sympathiquement, elle était très prête pour nos parler et exprimer sa souffrance.

Informations liées à la maladie :

Au cours de l'entretien notre patiente nous a informés qu'elle souffrait d'une maladie auto-immune et du diabète depuis 18 ans, son état de santé s'est encore détérioré et elle a développé une insuffisance rénale chronique depuis 11 ans, été diagnostiquée en 2012 *«le diabète est la principale cause d'insuffisance rénale »*. Notre cas raconte *« après avoir faire un test sanguin qui vérifie le débit de filtration glomérulaire, le médecin m'avait expliqué que mes reins n'effectuent pas le filtrage du sang »*. Son aspect physique ne montre pas le reflet d'une malade atteinte d'une insuffisance rénale chronique, elle est considérée la seule malade dans sa famille d'après ce qu'elle avait dit *« personne d'autre dans ma famille n'a cette maladie »*. Nous avons constaté que madame Fatima est atteinte d'une IRC après 7 ans d'avoir eu du diabète et que cette maladie n'est pas héréditaire dans sa famille.

L'annonce de la maladie n'était pas facile pour madame Fatima en raison de son jeune âge, elle a subi un choc psychologique grave *« j'étais choquée, j'avais l'impression que tout mon corps est en danger surtout ma peau »*. Suit à cette annonce elle ne tarde pas à tomber malade ce qu'elle explique *« je me sens directement mal senti, peur et douleur par tous »*.

Elle nous a raconté qu'elle présentait plusieurs symptômes qu'elle avait ressentis avant le diagnostic de sa maladie tels que ; nausées, une fatigue intense et perte d'appétit « *je suis toujours fatiguée, mon appétit est bloqué quand je mange quelques choses je vomis* ».

Cette dame avouait : « *mon mari et mes enfants font la plupart des tâches ménagères, je me sens inutile, j'ai perdu le rôle de la femme et de la maman à cause de ma maladie* », puis elle s'est effondrée en pleurant et en disant : « *je suis fatiguée de cette situation, je souffre tellement, cette maladie perturbe ma vie* ».

Nous avons constaté que cette dame se sent coupable et considère sa maladie comme un obstacle qui gêne ses tâches quotidiennes.

Informations liées au traitement de la maladie :

Madame Fatima suit les séances d'hémodialyse à une fréquence de 3 fois par semaine et 4 heures pour une séance, d'une voix presque inaudible « je viens ici 3 jours ; dimanche, mardi et jeudi et je reste branchée à la machine 4 heures ». Elle raconte qu'elle est allée à l'hôpital de Franz Fanon de Bejaia pour commencer la phase de filtration du sang après plusieurs tentatives de son mari pour la convaincre, sachant que ce dernier était le seul à qui elle a parlé de sa maladie : « je n'étais pas bien, mal, anxieuse la première fois deux heures, même le médecin avait dit qu'il ne faut pas attendre le bien, à cause de cela mon, état psychologique s'est détérioré, j'avais des idées négatives ». D'après ses dires elle avait les vertiges « je me sentais étourdi, je pleure en pensant à mes enfants, la séance d'hémodialyse ce n'est pas facile je vois mon sang sortir de mon corps et je ne vous cache pas ça fait trop mal ».

Notre cas est très inquiète de son état de santé d'après ses paroles, sa fistule s'est arrêtée deux fois « c'était vraiment un choc, ma fistule s'est arrêtée, une situation très difficile », et elle considère les séances d'hémodialyse comme un temps perdu avec un visage triste elle déclare « je ne pourrais pas consacrer trop du temps pour ma famille ».

Elle suit strictement ses séances de filtration de sang, pendant toutes ces années elle n'a jamais raté une séance « je vais toujours faire filtrer mon sang au centre car j'ai peur que mon état se détériore ».

Cette dame avouait qu'elle ne suit pas son régime alimentaire désigné pour les personnes atteintes d'IRC, ce qu'elle avait prouvé en disant : « *je ne suis pas mon régime alimentaire à 100%, car je ne peux pas m'empêcher de manger quelques aliments par exemple les fromages, la viande rouge et même je dois faire attention aux quantités d'eau que je bois* »

Notre patient nos semble inquiète à l'égard de son traitement alimentaire « *je vous ai déjà dit que je mangeais des aliments qu'on peut considérer comme des interdictions dans notre maladies , donc mon régime alimentaire il est un peu inadapté et cela m'angoisse* ».

A travers les questions de ce troisième axe nous constatons que madame Fatima fait le suivi de ses séances d'hémodialyse régulièrement par contre elle ne fait pas attention à son régime alimentaire.

Informations sur les signes d'angoisse

Après l'annonce de la maladie IRC pour madame Fatima, sa santé psychique vraiment dégradée, elle avait l'impression d'être différente des autres et une vision négative d'elle-même « *je vie pas comme je veux trop d'obstacles dans ma vie* », pour elle cette maladie avait détruit sa vie complètement, elle avait fait face à une angoisse et l'état de stress.

Après sa maladie d'IRC cette dame nous prouve que sa vie psychique s'est aggravée à cause d'une réflexion excessives sur l'avenir « *j'étais toujours quelqu'un qui aime la vie mais non plus maintenant* ». Elle avouait : « *je suis dans un état tellement difficile, je suis angoissée, des vertiges, battements de cœur, et surtout mal de ventre surtout quand je reste seule à la maison ou lors de branchement à la machine d'hémodialyse* ».

Madame Fatima déclare qu'elle pouvait parfois gérer les crises d'angoisse « *je cherche sur Internet des techniques qui peuvent m'aider à soulager, mais quand je serais au centre ma situation empire encore quand ils me branchent à la machine* »

Ce que nous avons remarqué qu'il manque un soutien de sa famille sauf le mari qui l'a soutient toujours et nous avons remarqué qu'elle est très anxieuse à propos de ses enfants : « *je cache toujours ma douleur surtout mon état psychique devant mes enfants même si c'est tellement difficile, je ne veux pas qu'ils s'inquiètent pour moi* ».

A travers les questions de ce troisième axe nous constatons que madame Fatima manifeste une angoisse dont plusieurs symptôme sont présents ce qui rend son bonheur très limité et un manque de soutien auprès de sa famille.

Présentation et discussion des résultats de l'échelle du 1^{er} cas :**Tableau N°4 :** Présentation des résultats des échelles du 1^{er} cas

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
Madame Fatima	Féminin	49	53	51

Lors de la passation de l'échelle de Spielberger, madame Fatima a pris du temps pour répondre aux questions.

Selon le total des items le score de l'anxiété générale est de 53 (3+2+2+4+2+3+4+3+2+3+2+2+3+1+3+2+4+2+2+4).

« Presque jamais » qui compte un score de (4) pour les items ; 7 et 16.

« Parfois » qui compte un score (2) pour les items ; 2, 5, 9, 11, 15, 18 et compte un score de (3) pour les items ; 1, 6, 10, 14.

« Souvent » qui compte un score (3) pour les items ; 8, 12 et compte un score de (2) pour les items ; 3, 19.

« Presque toujours » qui compte un score (4) pour les items ; 4, 17, 20 et compte un score de (1) pour les items ; 12, 13.

Selon le total des items le score de m'anxiété d'état est de 51 (3+2+2+3+3+1+4+2+4+4+2+1+2+1+3+2+4+2+4+2)

« Pas du tout » qui compte un score (1) pour les items ; 6, 12, 14 et compte un score de (4) pour les items ; 10, 19.

« Un peu » qui compte un score de (2) pour les items ; 3, 13, 18 et compte un score de (3) pour les items ; 1, 5, 15.

« Modérément » qui compte un score de (3) pour l'item 4 et compte un score de (2) pour les items ; 2, 8, 11, 16, 20.

« Beaucoup » qui compte un score de (4) pour les items ; 9, 7, 17.

D'après les résultats obtenus on a constaté que cette dame présente un score de 53 points d'anxiété générale et le score de 51 points d'anxiété d'état, ce qui le classe dans une anxiété moyenne.

Synthèse du 1^{er} cas :

D'après l'analyse de l'entretien clinique semi directif que nous avons effectué avec le cas vu sa tristesse et sa fatigue en répondant à certaines questions concernant sa maladie , son inquiétude pour son avenir , nous révèlent que madame Fatima présente une angoisse qui est due à sa maladie d'IRC et aux nombreux soucis qu'elle rencontre dans sa vie, cette maladie pour elle est un obstacle , à ce jour elle a du mal à l'acceptée.

Selon l'analyse des résultats de l'échelle de Spielberger de l'anxiété, on conclut que madame Fatima a une anxiété moyenne et cela est causé par la peur et l'inquiétude.

Cas clinique N°2 :**Information personnel du patient**

Mr Brahim homme âgé 31 ans célibataire, le troisième d'une fratrie de six enfant, souffre d'une maladie rénale chronique, son niveau d'instruction est 3^{ème} année moyenne, il travail aide cuisinier au lycée, d'après lui la situation économique de la famille est moyenne.

Information liées à la maladie :

Notre entretien avec Mr Brahim est déroulé dans le bureau de médecins du centre. Mr Brahim, à une tension artérielle a l'âge de 24 ans, puis il a développé une insuffisance rénale chronique à l'âge de 28 ans. « Quand j'avais 24 ans, j'ai développé une hypertension artérielle et 4 ans plus tard, comme le destin l'a voulu, j'ai développé une autre maladie, qui était une insuffisance rénale. Cette nouvelle a été comme une bombe pour moi, je ne m'attendais pas à faire face a de tels problèmes de santé si tôt dans ma vie ». L'évolution rapide de Mr Brahim, passent de l'hypertension à l'insuffisance rénale chronique en seulement quatre ans.

Son aspect physique est un reflet direct d'une personne fatiguée, épuisée est très souffrent.

L'annonce de cette maladie était un vrai choc pour lui comme il le souligne : « j'ai fait quoi dans ma vie pour mon dieux me bénisse avec cette maladie » et il pleure, il n'arrive pas à croire qu'il a atteint une maladie aussi grave que celle-là, et l'atteint de cette maladie chronique à engendrer chez lui d'autres troubles psychologique tels que sensation d'angoisse et de peur.

Parmi les symptômes qui se manifestent au début chez Mr Brahim ; la fatigue persistante, difficultés de concentration, perte d'appétit, troubles du sommeil, gonflement de ses pieds et chevilles, douleur dans le bas de dos. « Au début, j'ai pensais que la fatigue due au stress du travail, mais après une visite chez le médecin il m'avait informé que j'ai développé une insuffisance rénale ». Mr Brahim il a exprimée clairement ses préoccupations et ses symptômes de manière détaillée, ce qui a aidé le médecin à comprendre rapidement sa situation.

Mr Brahim est le seul de sa famille atteint de cette maladie « personne dans ma famille n'est atteint de cette maladies sauf moi » « les jeunes à mon âge travaillent, se marient et ont des enfants, et moi j'attends mes séances pour ne pas les manquer et mourir ».

Information liées au traitement :

Lors de sa première séance Mr Brahim arrive au centre de dialyse et accueilli par l'équipe médicale qui lui explique le processus en détail. « Quand je suis arrivée au centre, je ne savais rien sur la façon de filtrer le sang, mais grâce à l'équipe médicale, j'ai pu trouver toutes les réponses à toutes les questions que je me posais sur le processus de filtration du sang ». Après avoir vérifié son identité et son dossier médical, Mr Brahim est installé dans un fauteuil confortable et l'équipe procède à désinfection de son accès vasculaire, généralement située au niveau de bras.

Une fois l'accès vasculaire prêt, une aiguille est insérée pour permettre le passage du sang vers la machine de dialyse Mr Brahim ressent une douleur intense lors de l'insertion des aiguilles dans son accès vasculaire. Malgré les efforts de l'équipe médicale pour minimiser la douleur, Mr Brahim trouve difficile de supporter la sensation et il a commencé à paniquer. « Après avoir pris toutes mes informations, ils sont commencé à me préparer au processus de filtration du sang. Tout allait bien sauf quand ils sont atteint l'étape la plus difficile. Ils sont essayés toutes les façons de soulager la douleur, mais je ne pouvais pas le supporter ». Il a exprimé sa détresse à l'équipe médicale, qui réagit rapidement en administrant un anesthésique local supplémentaire pour engourdir la zone. « Comment puis- je supporter toute cette douleur 3 fois par semaine, en souhaitent la mort ou cet état ou je suis parvenue et ce tourment »

Après avoir traversé une période difficile lors de ses premières séances d'hémodialyse Mr Brahim commence à s'habituer progressivement au processus. « Pendant que je traversais les moments difficiles des premiers séances, j'ai pu le supporter petit à petit et je me suis habituer car je vivrais dans cet état jusqu'à la mort ». Au fil de temps, Mr Brahim a développé une routine pour ses séances d'hémodialyse.

Concernant son régime alimentaire Mr Brahim rencontre des difficultés à suivre son régime de façon stricte, comme beaucoup des patients atteignent d'IRC, il aime, manger beaucoup d'olive noire et boire des grandes quantités d'eau sachant qu'il souffre d'hypertension. « Je sais que je voudrais suivre mon régime pour ma santé, mais parfois, c'est difficile de résister a mes envies et de changer mes habitudes alimentaires, je me sens frustré de ne pas être capable de le suivre comme je le devrais ». Donc on a constatés que Mr Brahim trouve des difficultés pratique et émotionnelle à suivre son régime.

Informations sur les signes d'angoisse

Mr Brahim après sa maladie il ressent des sensations d'angoisse présenter une variété des symptômes ; palpitation cardiaque, respiration difficile, transpiration excessive, peur de mourir, tremblement incontrôlables des mains et du corps. « Quand l'angoisse frappe, c'est comme si mon corps et mon esprit se mettaient en alerte rouge. C'est comme une tempête intérieure qui me laisse désorienté et vidé ».

Mr Brahim se sentait qu'il est différents des autres de plusieurs manières dans son mode vie, ses habitudes quotidiennes tels que les activités physiques exigent une gestion attentive de sa fatigue comme les travaux de bricolage à la maison, les parties de football entre amis. « Depuis le jour où j'ai eu cette maladie ma vie a changé à 180 degrés et je suis devenue différent des autres sur de nombreux points, et cela me dérange beaucoup ». Aussi concernant la nourriture il ne peut pas manger comme les autres « cette maladie m'a empêché de faire tout ce que j'aime dans ma vie, les voyages, les aventures, les sorties avec mes amis dans des endroits lointains, comme le faisais avant, et à chaque fois je pense à tout cela, je meurs en moi ».

Suite à la réception de la nouvelle concernant son diagnostic d'IRC, sa santé mentale soumise à un certain nombre de pressions émotionnelles et psychologiques. Éprouver des sentiments d'anxiétés, de peur et de stress face à la gestion de sa maladie, ainsi des préoccupations concernant son avenir et sa qualité de vie. « vivre avec une insuffisance rénale chronique me rendent extrêmement stressé et frustré gérer les traitements, les rendez-vous médicaux et l'incertitude de mon avenir est parfois écrasant ».

En outre, il ressent de la frustration, de la tristesse et parfois même de la colère en raison des changements imposés à son mode de vie et de sa dépendance à un traitement médical continu. « Ma famille m'a beaucoup aidé à surmonter cette épreuve sans eux, je ne sais pas ce que j'aurais fait à mon âme, ma famille est la chose la plus importante dans ma vie ». Le soutien familial de Mr Brahim est une ressource précieuse dans son parcours de traitement d'IRC. Sa famille joue un rôle essentiel en lui apportant un soutien émotionnel, en l'accompagnant aux rendez-vous médicaux et aux séances de dialyse, et en l'aidant dans les tâches quotidiennes lorsqu'il se sent fatigué ou découragé. Dit : « c'est grâce au Dieu et ensuite à ma famille et à l'équipe médicale, j'ai pu surmonter cette épreuve difficile ».

Présentation et discussion des résultats de l'échelle du 2^{ème} cas :**Tableau N°5 :** Présentation des résultats des échelles du 2^{ème} cas

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
Mr Brahim	Masculin	31ans	74	63

Lors de l'administration de l'échelle de Spielberger, Mr Brahim a pris le temps nécessaire pour réfléchir attentivement à ses réponses.

L'entretien avec Mr Brahim s'est déroulé de manière positive et constructive.

Selon le total des items le score de l'anxiété générale est de : 74.

(4+2+3+4+2+3+3+3+2+3+2+2+3+3+3+3+4+4+3+2)

« Presque jamais » pour les items qui comptent un score (4) pour les items : 1.

« Parfois » qui compte un score(2) pour les items : 2-5-9-11-12-20 et compte un score de (3) pour les items : 3-6-7-10-13-14-16-19.

« Souvent » qui compte un score (3) pour les items : 8-15.

« Presque toujours » qui compte un score (4) pour les items : 4-17-18.

Selon le total des items le score d'anxiété d'état est de : 63.

(3+3+4+3+4+3+4+4+4+2+2+2+2+1+3+4+4+3+4+4)

« Pas du tout » qui compte un score (1) pour les items : 14 et compte un score (4) pour les items : 5-8-16-19-20.

« Un peu » qui compte un score (2) pour les items : 12-13 et compte un score (3) pour les items : 1-2-15.

« Modérément » qui compte un score (3) pour les items : 4-6-18 et qui compte un score (2) pour les items : 10-11.

« Beaucoup » qui compte un score (4) pour les items : 3-7-17.

D'après le score des deux tests d'anxiété générale et d'état de Spielberger, on a découvert que Mr Brahim présente une anxiété sévère. Ces résultats soulignant la gravité de son état mentale.

Synthèse du 2^{ème} cas :

Les résultats de l'échelle d'anxiété de Spielberger révèlent que Mr Brahim manifeste un niveau d'anxiété sévère, principalement caractérisé par des sentiments de nervosité et de préoccupation

Cas clinique N°3 :**Information personnel du patient**

Mme Nora âgée de 50 ans célibataire, la deuxième d'une fratrie de sept enfant, souffre d'une maladie rénale chronique, habite à Bejaïa ville, elle travaille à la résidence universitaire, d'après elle la situation économique de la famille est moyenne.

Information liés a la maladie :

Nora a été diagnostiquée avec un diabète de type 1 à l'âge de 25 ans. Elle a toujours pris son traitement au sérieux, mais malgré ses efforts, les complications à long terme du diabète, combiné avec l'hypertension artérielle, ont conduit à une détérioration progressive de ses reins. A l'âge de 48 ans, elle a été diagnostiquée avec une insuffisance rénale terminale, nécessitant une hémodialyse. « A 25 ans, recevoir le diagnostic de diabète de type 1 m'a laissée triste et dégoûté et une hypertension artérielle a été un véritable coup dur, et à 48 ans le diagnostic d'insuffisance rénale chronique vient s'ajouter c'est vraiment un voyage difficile, ma vie est ruiné encore jeune ».

La réaction de Mme Nora envers sa maladie a été initialement marquée par le choc et le déni. « C'était une nouvelle choquante et triste pour moi et même pour ma famille » Lorsqu'elle reçue le diagnostic d'IRC, elle a éprouvé un mélange de sentiments allant de la peur à la confusion, en passant par la tristesse et la colère.

Mme Nora au début de sa maladie a présenté les symptômes suivants ; la fatigue, une diminution de l'appétit, des nausées, des vomissements, des troubles de sommeil. « Je me sens constamment fatiguée et je n'ai presque plus d'appétit. Ces sensation ne me quittent plus depuis quelque temps ». ces symptômes sont souvent les premiers signes de détérioration de la fonction rénale.

Nora est la seule de sa famille à être atteint de cette maladie. « Personne dans ma famille n'a de diabète ou d'hypertension. C'était un choc pour nous tous ». La déclaration de Mme Nora indique qu'aucun membre de sa famille n'a été diagnostiqué avec le diabète suggérer une absence de prédisposition génétique à ces conditions médicales dans sa lignée familiale.

Information liés au traitement de la maladie :

Nora a commencé l'hémodialyse trois fois par semaine. Elle a éprouvé des sentiments de fatigue et de découragement, mais a décidé de lutter pour maintenir une qualité de vie aussi

élevée que possible. Elle a rapidement adaptés son emploi du temps pour intégrer les séances de dialyse tout en continuant ses activités quotidiennes. « Les première séances était éprouvantes. Je me sentais vidée de toute énergie, mais j'ai rapidement compris que ma vie devait continuer malgré tout ».cela reflète sa détermination à ne pas laisser la maladie perturbe complètement son quotidien. Sa capacités à trouver un équilibre entre sa santé et sa vie quotidien démontré sa force intérieure et son engagement envers son bien- être globale.

Lorsque Nora est allée à l'hôpital pour son traitement de l'insuffisance rénale chronique elle se sentait nerveuse et inquiète, se demandant ce qui l'attendait et si le traitement serait douloureux. En même temps, elle a était soulagés de recevoir enfin le traitement dont elle avait besoin pour se sentir mieux. « Je me sens nerveuse et inquiète. C'est comme si mon esprit était constamment en alerte, cherchent des solutions à des problèmes qui semblent insurmontables. Parfois, c'est épuisant de lutter contre ces sentiments, mais je sais que je dois continuer à avancer malgré tout ». C'est une déclaration qui révèle sa vulnérabilité tout en démontrent sa détermination à surmonter les obstacles et a poursuivre son chemin vers la paix intérieure.

Après son traitement, Nora se sentait fatiguée mais aussi soulager d'avoir franchi cette étape importante, mais elle était aussi inquiète pour l'avenir. L'idée de devoir faire cette procédure plusieurs fois par semaine la stressait beaucoup.

Pour Mme Nora c'est très difficile de vivre avec cette maladie. Cela signifie avoir à suivre un traitement régulier et parfois fatigant, à faire attention à ce que l'on mange, et a devoir se rendre régulièrement à l'hôpital pour des contrôles médicaux. En plus de cela, la maladie peut provoquer des symptômes désagréables comme la fatigue et les nausées, ce qui peut rendre les journées encore plus difficile. « C'est vraiment dur de faire face à cette maladie au quotidien. Parfois, j'ai l'impression que ça va être impossible à gérer. Mais je garde espoir et je prends les choses jour après jour ». Mme Nora elle exprime son ressenti sincère face a les difficultés quotidienne de composer avec la maladie, tout en soulignant son attitude résilient malgré tout. Cela témoignage de sa force intérieure à trouver un certain optimisme même dans les moments difficiles.

Mme Nora fait de son mieux pour respecter son régime alimentaire spécifique, mais parfois c'est difficile. Elle doit surveiller attentivement ce qu'elle mange, en évitant les aliments riches en sel, en potassium et en phosphore qui pourraient aggraver ses problèmes rénaux. Cela signifie qu'elle doit parfois renoncer ses plats préféré et faire des choix alimentaire moins appétissants. Parfois, elle se sent frustré ou triste face a ces restriction, surtout lorsqu'elle voit

ses proches savouré des aliments qu'elle aime mais qu'elle doit éviter. Lorsqu'elle est invitée à des événements ou manger à l'extérieure, elle se sentir anxieuse à l'idée de ne pas trouver d'option alimentaire compatibles avec son régime. « Suivre un régime est une chose difficile pour moi, mais je dois penser que toute négligence entraîne la détérioration de ma santé »

Mme Nora ressent que sa maladie constitue un obstacle dans sa vie. Les contraintes liées au traitement, telles que les séances d'hémodialyse régulières et les restrictions alimentaires, rendre les choses plus difficile. « Parfois, cette maladie peut sembler comme un poids sur mes épaules, mais je choisis de me concentrer sur les petits victoires et les moments de joie dans ma vie ».

Information sur les signes d'angoisse :

Depuis l'annonce de sa maladie, Mme Nora ressent toute une gamme d'émotions, dont une angoisse palpable. « Depuis l'annonce de ma maladie, je suis submergée par toute une gamme d'émotion, et une angoisse palpable ne me quitte pas, chaque jour est un combat contre la peur de l'inconnu et l'incertitude de mon avenir ».

Mme Nora souffre d'une crise d'angoisse Qui manifeste les symptômes suivants ; tremblement, des nausées, des sensations de déréalisation, détachement de la réalité, la peur de perdre le contrôle ou de mourir. « Mes nuits sont hantées par des pensée angoissantes, et je lutte chaque jour contre cette sensation d'étouffement qui m'envahit, cette angoisse semble omniprésente, comme si elle était gravée dans chaque fibre de mon être ».

Cette angoisse se manifeste de plusieurs façons. D'abord, elle est constamment inquiète pour son avenir, se demandent comment sa vie sera impactée par sa maladie. Cette inquiétude constante affecte son sommeil, lui causent des nuits agitées et des réveils fréquents. De plus elle ressent des symptômes physiques tels que des maux de tête et des douleurs musculaires. Parfois, elle se retire socialement, préfèrent éviter les interactions avec les autres. « C'est comme si un poids immense pesait sur mes épaules depuis l'annonce de ma maladie. Chaque jour je ressens cette angoisse qui ne me quitte pas, me rappelant à quel point ma vie à échangé. Mais je refuse de laisser cette anxiété prendre le dessus sur moi. Je sais que je suis plus forte que cela, et je suis déterminée à trouver des moyens de surmonter cette épreuves avec courage et résilience ».

Le soutien familial de Mme Nora ses sœurs et ses frères, ainsi que d'autres membres de sa famille, ont été là pour elle à chaque étape de son traitement. « Ma famille leur soutien me donne de la force à traverser les moments les plus sombres de ma lutte contre la maladie, leur

Présence me rappelle que je ne suis pas seule dans cette bataille ». Ils lui ont apporté un soutien émotionnels en étant présent pour elle, en lui téléphonant régulièrement pour prendre de ses nouvelles et en lui rendant visites quand c'était possible. « Leur amour et leur présence constante m'aident à affronter chaque jour avec un peu plus de courage et d'espoir ». De plus sa famille l'a soutenue de manière pratique en l'aident dans les taches quotidienne. Sa famille a formé un réseau de soutien solide pour Mme Nora, lui offrant l'amour, le réconfort et le soutien dont elle a besoin pour traverser les moments difficiles liées à sa maladie.

Présentation et discussion des résultats de l'échelle du 3^{ème} cas :

Tableau N°6 : Présentation des résultats des échelles du 3^{ème} cas

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
Mme Nora	Féminin	50 ans	51	57

Lorsque Mme Nora a passé les deux tests d'anxiété de Spielberger, elle a pris le temps pour bien réfléchir à ses repense.

L'entretien avec Mme Nora s'est déroulé de façon encourageante et productive.

Selon le total des items le score de l'anxiété générale est de : 49

(3+2+2+4+2+3+3+2+1+3+2+2+2+3+2+4+3+2+1+3).

« Presque jamais » qui compte un score de (1) pour les items : 9 et compte un score de (4) pour les items : 16.

« Parfois » qui compte un score (2) pour les items : 2-5-8-11-12-15-18 et compte un score de (3) pour les items : 1-6-7-10-14.

« Souvent » qui compte un score (3) pour les items : 17-20 et compte un score de (2) pour les items : 3-13.

« Presque toujours » qui compte un score de (4) pour les items : 4 et compte un score de (1) pour les items : 19.

Selon le total des items le score de l'anxiété d'état est de : 57

(1+3+3+2+3+3+4+4+3+3+3+2+2+2+3+4+3+2+3+4)

« Pas du tout » qui compte un score (4) pour les items : 8-16-20.

« Un peu » qui compte un score (2) pour les items : 4-12-13-14-18 et compte un score de (3) pour les items : 2-5-10-11-15-19.

« Modérément » qui compte un score (3) pour les items : 3-6-9-17.

« Beaucoup » qui compte un score de (4) pour les items : 7 et compte un score de (1) pour les items : 1.

D'après les résultats des tests, il semble que Mme Nora soit confrontée à un niveau d'anxiété moyen. Cela suggère que la personne présente des symptômes d'anxiété qui se situent dans une fourchette modérée.

Synthèse du 3^{ème} cas :

D'après l'analyse de l'entretien, Mme Nora a pris le temps de bien réfléchir à ses réponses. Les résultats des deux tests d'anxiété de Spielberger montrent qu'elle a un niveau moyen d'anxiété, suggèrent une présence notable d'inquiétude.

Cas clinique N°4 :**Information personnelle du patient :**

Madame Kamila , âgée 38 ans, la quatrième d'une fratrie de cinq enfants ; deux fille et trois garçons, elle est célibataire depuis , son niveau d'instruction est moyen ;troisième année au collège, femme au foyer.

Madame Kamila a tout de suite accepté de participer à notre travail de recherche et à aussi souligner son besoin de parler à une psychologue à cause de sa situation familiale compliquée.

Informations liées à la maladie :

Après avoir bien expliqué à madame Kamila le principe de notre entretien clinique de recherche celle-ci avait répondu à la première question en nous informant qu'elle ne souffrait d'aucune autre maladie sauf l'insuffisance rénale chronique qui été diagnostiquée à l'âge de 29 ans d'après ses dires : *« une histoire de fatigue persistante, une perte d'appétit et un gonflement des jambes depuis plusieurs mois »* elle a également noté *« une diminution de la quantité d'urines »*. Selon cette dame dès qu'elle avait remarqué ces symptômes, elle s'est précipitée chez un médecin généraliste qui l'avait orienté vers un néphrologue. Notre cas déclare : *« j'ai fait plusieurs analyses que le néphrologue m'avait demandé ; analyse d'urine, sanguin et échographie rénale qui expliquent que je souffre d'une insuffisance rénale chronique »*. Elle est le seul membre de la famille atteinte d'une IRC *« y a que moi qui a cette maladie »*.

Lors de l'annonce de la maladie IRC pour madame Kamila nous a raconté qu'elle avait réagi avec un choc en disant *« non, non je ne veux pas entendre parler de cette maladie, c'est juste une phase passagère d'accord ? Rien de grave oui, je vais bien je ne vais pas me laisser enfermer dans le rôle d'une malade »* donc on constate qu'elle n'avait pas accepté sa maladie.

D'après ses paroles *« ces médecins se trompent sûrement, je refuse simplement de croire que je suis malade »*, nous constatons qu'elle n'arrivait pas à accepter sa maladie, elle rajoute mais cette fois avec larmes aux yeux *« je n'ai pas le temps, j'ai tellement de chose à faire »*, donc nous avons remarqué qu'elle n'est pas capable d'accepter.

Informations liées au traitement :

A travers les questions ce cet axe madame Kamila nous a informés que le médecin traitant lui a d'abord prescrit des médicaments pour deux ans avant de commencer la phase de traitement par hémodialyse « *au début, j'ai pris des comprimés uniquement pour une période de deux ans* ». Actuellement cette dame fait le suivi régulier de ses séances d'hémodialyse à une fréquence de trois fois par semaine comme elle le mentionne « *je suis attentivement ma prise en charge malgré les difficultés que je rencontre* ».

Madame kamila avouait qu'elle était très effrayé lors de sa première séances « *je vous jure que je n'oublierais jamais ma première séances d'hémodialyse, je crie à haute voix, je connaissais mêmes pas ce que veut dire le mot hémodialyse, heureusement ma mère était avec moi* ». Nous avons constaté que cette dame avait très peur et cela peut être liée au fait qu'elle n'a pas eu assis d'informations sur sa technique de prise en charge.

Cette patiente rencontre des difficultés et obstacles dans la technique d'hémodialyse comme elle nous raconte « *je déteste chaque minute de cette procédure, j'ai tellement peur des aiguilles, je sais très bien que c'est nécessaires mais je ne peux pas m'empêcher de paniquer à l'idée de les voir. Je crains aussi que quelque chose tourne mal pendant l'hémodialyse, je me sens si vulnérable, comme si je perdais le contrôle de mon propre corps* ». À partir de cette réponse nous avons remarqué que cette dame exprime sa peur des aiguilles et son angoisse et panique liés à sa condition de santé et qu'elle présentait des symptômes physique tels que des palpitations, une transpiration excessive et des tremblements.

Ce qui concerne son régime alimentaire madame kamila trouve énormes difficultés comme elle le dit « *je me sens dépassée par les nombreuses restrictions alimentaires imposées par mon état de santé* ». Après une minute de silence elle rajoute « *j'ai perdu le plaisir liée à la nourriture et trop d'inquiétudes quant à la préparation des repas adaptées à mes besoins médicaux* ». Nous avons constaté que le régime alimentaire affecte son bien être émotionnelle et des difficultés à s'adapter à un nouveau mode de vie.

A partir des réponses mentionnés par notre cas nous avons alors pu remarquer son inquiétude à l'égard de son traitement que ce soit l'hémodialyse ou le régime alimentaire et c'est ce qu'elle a prouvé en disant : « *je ressens de l'appréhension avant chaque séance d'hémodialyse et je crains les effets secondaires des médicaments prescrits pour contrôler ma pression artérielle et ma fonction rénale*

Informations liées aux signes d'angoisse :

Après l'annonce de la maladie pour madame kamila elle se sentait obsédée par cette dernière « *je sens que cette maladie mettra fin à ma vie un jour* ». A partir cette parole nous pouvons dire qu'elle pensait que cette maladie est mortelle.

Depuis sa maladie notre cas nous racontait qu'elle a perdu sa passion dans la vie « *je ne sais pas ce qui se passe avec moi, depuis l'annonce de ma maladie, je me sens très agitée, j'ai des palpitations, je transpire beaucoup et j'ai du mal à respirer. En grosse je ne peux pas m'm'empêcher de penser constamment à ma santé et à ce qui va m'arriver avec cette insuffisance rénale chronique* ».

Notre cas nous a expliquait qu'elle ne pouvait pas gérer sa situation « *mes sensations d'angoisse je ne peux pas les contrôler, c'est une action involontaire* ».

Madame kamila nous a avouait qu'elle suit des séances psychologique en raison de sa santé psychique très détériorée liée à l'angoisse « *je me plains de palpitations, de sueurs, de tremblement et des difficultés respiratoire, des pensées très angoissantes avec un boule au ventre* »

Cette dame trouve que sa mère qui à ses coté et la soutient toujours « *ma mère chérie que j'aime trop me soutenait toujours, je ne peux pas la quitter, même la nuit elle dort à mes côtés* », la maman de madame kamila représente la source de bonheur pour sa fille et l'exemple d'une maman parfaite.

A travers la derniere questions de cet axe notre cas nous informe qu'elle vit quelques problème familiaux notamment avec son père « *mon père me ronfle toujours à cause de maladie* » c'est ici que madame kamila avait fondu en larme à cause de la cruauté de son père envers elle.

Enfin nous avons remarqué que madame kamila présente des symptômes d'angoisse et un soutien de sa maman contrairement à son père.

Tableau N°7 : Présentation des résultats des échelles du 4^{eme} cas

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
Madame Kamila	Féminin	37	59	63

Lors de la passation de l'échelle de Spielberger, madame Kamila a pris du temps pour répondre aux questions.

Selon le total des items le score de l'anxiété générale est de 59 (3+2+3+3+4+3+2+2+3+2+4+2+3+3+4+3+4+3+2+4).

« Parfois » qui compte un score (2) pour les items ; 2, 8, 12 et compte un score de (3) pour les items ; 1, 3, 6, 13, 14, 16.

« Souvent » qui compte un score (3) pour les items ; 4, 9, 18 et compte un score de (2) pour les items ; 7, 10, 19.

« Presque toujours » qui compte un score (4) pour les items ; 5, 11, 15, 17, 20.

Selon le total des items le score de m'anxiété d'état est de 63 (2+3+3+4+4+2+3+4+3+3+2+2+4+1+2+4+4+3+4+3).

« Pas du tout » qui compte un score (1) pour l'item ; 14 et compte un score de (4) pour les items ; 4,8,16,19.

« Un peu » qui compte un score de (2) pour les items ; 1, 6, 12 et compte un score de (3) pour les items ; 2, 10, 16, 20.

« Modérément » qui compte un score de (3) pour les items 3, 7, 9 et compte un score de (2) pour les items ; 11, 15.

« Beaucoup » qui compte un score de (4) pour les items ; 4, 13, 17.

D'après les résultats obtenus on a constaté que cette dame présente un score de 59 points d'anxiété générale et le score de 63 points d'anxiété d'état, ce qui le classe dans une anxiété moyenne.

Synthèse du 4 eme cas :

D'après l'analyse de l'entretien clinique semi directif que nous avons effectué avec le cas vu sa tristesse en répondant aux questions, son inquiétude, nous révèlent que madame Kamila présente une angoisse qui est due à sa maladie d'IRC et aux nombreux soucis qu'elle rencontre dans sa vie, cette maladie pour elle est un obstacle, à ce jour elle a du mal à l'acceptée.

Selon l'analyse des résultats de l'échelle de Spielberger de l'anxiété, on conclut que madame Kamila a une anxiété moyenne .

Discussion des hypothèses :

Dans cette partie nous allons exposer une synthèse des résultats obtenus lors de la passation de l'entretien clinique semi-directif et de l'échelle de l'anxiété de Spielberger, qui ont été passés durant notre période de stage effectué au centre d'hémodialyse Achiffa, dans le but d'établir une discussion des hypothèses qui viennent répondre aux questions de notre problématique.

Après avoir accompli cette passation individuelle de l'échelle de l'anxiété de Spielberger, et l'entretien clinique semi-directif auprès de notre population de recherche ; nous avons obtenus les résultats illustrés dans le tableau qui suit. A travers lesquels nous allons pouvoir confirmer notre première hypothèse « **Les personnes atteintes d'IRC présentent un état d'angoisse** ».

D'après la passation de l'entretien semi directif nous avons enregistré quelques symptômes d'angoisse chez les quatre cas comme des vertiges, battement de cœur chez madame Fatima et Kamila et attaques de panique, vomissement, vibration corporelle chez monsieur Brahim quant à madame Nora elle ressent des douleurs musculaires et des maux de tête.

Tableau N°8 : Récapitulatif des résultats de l'échelle de l'anxiété de Spielberger

Cas	Niveau d'anxiété générale	Niveau d'anxiété d'état
Madame Fatima	Moyenne	Moyenne
Monsieur Brahim	Sévère	Sévère
Madame Nora	Moyenne	Moyenne
Madame Kamila	Moyenne	Sévère

Ces tableaux nous permettent donc de constater que notre population de recherche est entièrement touchée par l'anxiété à des niveaux différents.

Les cas qui manifestent un niveau générale d'anxiété moyenne sont au nombre de trois (3), et un seul cas qui le manifeste avec un niveau sévère.

Les cas qui manifestent un niveau d'anxiété d'état moyenne sont au nombre de deux (2) cas et ceux qui la manifeste avec un niveau sévère sont également au nombre de deux (2).

En effet à partir des résultats de l'entretien et de l'échelle de l'anxiété de Spielberger que nous avons cité notre première hypothèse est donc confirmée.

A cet égard une étude publiée en 2012 sur American Journal of Kidney avait abordé ce sujet intitulé la prévalence et les facteurs associés à l'angoisse chez les patients atteints d'IRC,

trouve que les niveaux d'angoisse sont significativement plus élevés chez ces patients comparativement à la population générale.

Ces mêmes résultats, illustrés dans le tableau précédent qui résume les niveaux d'anxiété rencontré chez nos quatre cas atteintes d'IRC, vont maintenant nous permettre à présent la confirmation de la seconde hypothèse « **l'angoisse se manifeste à des degrés divers chez les personnes atteintes d'IRC** ».

Ce qui nous mène à la confirmation de notre hypothèse, car effectivement et comme l'illustre le tableau suivant, nos quatre cas présentent différents degrés d'angoisse à travers leur différents scores obtenue à l'échelle de Spielberger.

Tableau N°9 : Présentation des scores obtenus à l'échelle de Spielberger

Cas	Fatima	Brahim	Nora	Kamila
Anxiété générale	53	74	51	59
Anxiété d'état	51	63	57	63
Score anxiété	52	68,5	53	61

Notre hypothèse est en accord avec l'étude de Garcia-LIana, Remor et Selgas en 2012 dont l'objectif est d'analyser la prévalence de l'angoisse et de la dépression patients IRC, constate que 45% des patients IRC présentaient des niveaux cliniquement significatifs d'angoisse et trouve que la durée de la maladie, le type de traitement et le soutien familial étaient les principaux facteurs associés à ces niveaux variés d'angoisse.

Nous poursuivons la discussion des résultats obtenus auprès de nos quatre pour tenter de confirmer notre troisième hypothèse « l'angoisse chez les personnes atteintes d'IRC est liée à l'hémodialyse ». Pour cela, nous allons nous référer au discours rapporté par nos quatre cas à propos de leur nouveau mode de vie qui consiste à un suivi des séances de filtration de sang par la technique d'hémodialyse qui empêche leur activité sociale car elle nécessitent un engagement de temps régulier.

En effet, nous avons enregistré des nombreux symptômes chez nos quatre cas lors de leur branchement au machine d'hémodialyse tels que ; vertiges, battement de cœur, maux de ventre chez le cas de madame Fatima, attaque de panique, palpitations chez le cas de monsieur Brahim et vibrations corporelles, hypertension, évanouissement chez le cas de madame kamila. Cela

indique que les séances d'hémodialyse bouleverse le psychique de nos cas et qu'ils ressentent une situation d'angoisse, alors nous pouvons dire que notre troisième hypothèse est **confirmé**.

Au fait des études sont en accord avec ce sujet ; étude de la réunion en 2019 qui a analysée les impacts psychologiques de l'hémodialyse sur les patients , relève que près de 60% des patients souffraient s'angoisse, souvent exacerbée par la durée et la fréquence des séances d'hémodialyse, les effets secondaires et la dépendance à la machine. (<https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2524>).

Une autre étude de l'université de Paris Descartes qui analyse l'impact de hémodialyse sur la qualité de vie , trouve que l'hémodialyse est associée à des niveaux élevés d'angoisse en raison de la rigidité des horaires de traitements, des complications médicales et du changement radical de mode de vie.

A partir de ces mêmes résultats obtenus auprès de la même population de recherche nous pouvons à présent vérifier la quatrième et dernière hypothèse « **Le régime alimentaire est un facteur responsable de la présence d'angoisse chez les personnes atteintes d'IRC** ». Nous avons pu remarquer en effet chez les quatre cas qu'ils considèrent la limitation des aliments et les boissons préférés peuvent être perçues comme des tâches stressantes et accroît l'angoisse, et cela peut également entraîner des sentiments de frustration, d'isolement sociale et une anxiété par rapport au repas surtout lorsqu'ils sont confrontés à des situations sociales impliquant de la nourriture. Il est donc possible après ces observation de confirmer cette dernière hypothèse, en conclusion l'angoisse chez les personnes atteintes d'IRC se trouve être liés à la restriction alimentaire stricte qui contribue pour éviter les complications liées à leur condition.

A cet égard une étude de la Réunion en 2019 se centre sur les contraintes alimentaires strictes imposées aux patients IRC, comme la limitation des liquides et certains nutriments, qui peuvent causer une détresse psychologique importante et augmenter l'angoisse. (<https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2524>)

Synthèse

Notre étude faite sur l'angoisse chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique auprès de (4) cas qui nous ont permis d'obtenir les résultats que nous avons utilisés lors de la discussion des hypothèses de départ dans le but de les infirmer ou de les confirmer.

Conclusion

En somme, il s'avère à partir de tout ce qui précède que l'insuffisance rénale chronique est indubitablement un problème de santé publique. Sa prévalence augmente dans de nombreux pays, principalement en raison de l'augmentation des maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension artérielle qui sont des majeurs facteurs de risque.

Notre travail de recherche a donc consisté à la réalisation d'une étude de cas d'angoisse chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique, dont nous avons interrogés (04) cas sur des informations liées à leur maladie, son traitement ainsi que les signes d'angoisse ; grâce au guide d'entretien et à l'échelle de l'anxiété de Spielberger .

Nous pouvons dire à travers ce modeste travail de recherche, que nous avons essayé de démontrer l'influence du l'IRC sur l'émergence d'angoisse chez les personnes atteintes d'IRC, en utilisant les notions fondamentales et les termes de base du l'IRC ainsi que les concepts liés à l'angoisse.

Pour pouvoir alors vérifier la présence de l'angoisse chez les personnes atteintes d'IRC, nous avons effectué une recherche au sein de centre d'hémodialyse Achifa de Bejaia durant une période de 2 mois, dans le but de réussir notre travail de recherche dans des délais fixés. A cet effet notre plan a été envisagé selon un découpage dont l'objectif était de rendre compte de l'état d'angoisse chez notre population d'étude.

A travers ce travail et cette recherche, nous avons pu vérifier de façon très claire nos hypothèses et les confirmé.

Nous avons confirmé nos quatre hypothèses à travers la passation de l'entretien clinique de type semi-directif et l'échelle de l'anxiété de Spielberger avec nos quatre cas (madame Fatima, Nora, Kamila et monsieur Brahim) qui suppose que qu'ils présentent un état d'angoisse à des degrés divers liée à l'hémodialyse et le régime alimentaire.

L'angoisse bouleversant de ces patients porte donc un regard nouveau sur leur nouvelle hygiène de vie et ses effets sur la sante de l'individu. Cette recherche présente donc une contribution pour la santé et la maladie soient mieux appréhendées dans leurs dimensions psychosociales, surtout au niveau de la prise en charge médicale et le système de santé.

Enfin, nous avons beaucoup appris à travers cette recherche, qui nous a donnée l'occasion de découvrir le lieu de travail, et nous a offert l'opportunité de nous approcher des insuffisants rénaux, de connaître les différents aspects de leur nouvelle vie et surtout les inquiétudes qui touchent essentiellement un changement dans leur psychisme. Ainsi une occasion de pratiquer dans notre domaine de la psychologie clinique.

Liste bibliographique

I- Ouvrages :

- 1- Bénony,H & Chahraoui,K .(1999). L'entretien clinique. Paris, France : Dunod.
- 2- Bénony,H & Chahraoui,K .(2003). Méthodes d'évaluation et recherche en psychologie clinique. Paris, France : Dunod.
- 3- Boubchir,A.(1969). Monographie sur l'insuffisance rénale chronique. Alger, Algérie : office des publications universitaires.
- 4- Bruno,M. Noelle,M & Aldi,P .(2016). Néphrologie. Paris, France : Elsevier Masson.
- 5- Chauchat, H. (1999). L'enquête en psychologie. Paris, France : 2^{ème} éd Puf.
- 6- Collinet, PH. (2011). Angoisse et culpabilité. Paris.
- 7- Delourme,A.(2004). Pratiquer la psychothérapie. Paris, France : Dunod.
- 8- Depeyre,J.(2010). Pratiquer la psychothérapie. Paris, France : Dunod.
- 9- Fernandez, L & Catte,M .(2001). La recherche en psychologie clinique. Paris.
- 10- Freud,S. (1915,1916,1917). Nouvelle conférences sur la psychanalyse. Paris, France : Dunod.
- 11- Freud,S. (1916). Introduction à la psychanalyse. Paris, France : Times 12.
- 12- Freud,S.(1926-1995). Inhibition, symptôme et angoisse. Paris, France ; PVF.
- 13- Lauvent,P. (2006). Leçon de la psychanalyse sur l'angoisse. Paris, France ; 3^{ème} éd.
- 14- Lamoureux,P. (2007). La dépression à savoir plus pour en sortir. Paris, France ; Masson.
- 15- Lefebvre,G. (2005). Aspects psychologique et sociaux des insuffisants rénaux dialysés. Paris, France ; Masson.
- 16- Morin & Cool. (1995). Larousse. Paris, France ; Larousse
- 17- Neil,A & Recton,PH. (2010). La thérapie cognitive et comportementale. Canada ; Camh.
- 18- Noelle, M & Aldi, P. (2016). Néphrologie. Paris, France ; Masson.
- 19- Quindoz, J, (2002). La solitude approvoisée. Paris, France ; PVF.
- 20- Radermacher, L. (2002). Approvoiser l'insuffisance rénale. Canda.
- 21- Radermacher,L ,(2004). Guide pratique de l'hémodialyse. Paris.
- 22- Pedineilli,J-L, (2006), Introduction à la psychologie clinique. Paris, France ; Armand Colin.

II- Dictionnaires :

- 1- Dictionnaire médicale,(2004). Larousse médicale encyclopédie multimédia.
- 2- Le grand dictionnaire de la psychologie, (1999). Paris.

III- Thèses :

- 1- Goff.I, (2009). Passage à l'acte et angoisse paroxystique : interrogation psychocrimonologie ; Université Rennes 2.
- 2- Trabelsi.S, (2018). Prise en charge des patients insuffisants rénaux en chirurgie buccale. Thèse de doctorat, Académie d'Aix- Marseille.

IV - Sites Internet :

- 1- ([http:// www. Anxiété, angoisse, stresse et dépression en hormologie/](http://www.Anxiété,angoisse,stresseetdepressionenhormologie/) PDF. Mht. Théodore-Yves Nassé).
- 2- ([http:// www. Psychologie, Paris : 7- Fr/ lapproche-psychalytique de l'angoisse\).](http://www.Psychologie,Paris:7-Fr/laproche-psychalytiquedelangoisse/)

ANNEXES

1- Guide d'entretien clinique semi-directif :

Axe N°1 : Informations personnelles du patient :

- 1- Nom
- 2- Prénom :
- 3- Situation matrimoniale :
- 4- Niveau d'instruction
- 5- Profession :

Axe N°2 : informations liées à la maladie :

- 1- Avez-vous d'autres maladies ? si oui, quelles sont ?
- 2- Pouvez-vous me dire depuis quand vous avez la maladie d'insuffisance rénale chronique ?
- 3- A quel âge votre maladie est diagnostiquée ?
- 4- Vous êtes le seul malade dans la famille ?
- 5- Quelle est votre réaction Lors de l'annonce de cette maladie ?
- 6- Quels sont les symptômes qui se sont manifestés au début ?
- 7- Est-ce que vous arrivez à accepter votre maladie ?

Axe N°3 : informations liées au traitement :

- 1- A quelle fréquence faites-vous l'hémodialyse par semaine ?
- 2- Comment êtes-vous senti lors de votre première séance de filtration du sang ?
- 3- Est-ce que des fois vous pensez que l'hémodialyse est un obstacle dans votre vie ?
- 4- Avez-vous déjà raté une séance d'hémodialyse ? si oui, combien de fois ?
- 5- Est-ce que vous suivez un régime alimentaire ? si oui, est ce que vous rencontrez des difficultés ?
- 6- Est-ce que vous êtes inquiet par rapport à votre traitement ?
- 7- Que devez-vous faire pour gérer votre maladie et son traitement ?

Axe N°4 : informations liées au signe d'angoisse :

- 1- Comment vous vous voyez par rapport aux autres ?
- 2- Pouvez-vous me décrire votre état psychique depuis votre maladie ?

- 3- Est-ce que vous éprouvez des sensations d'angoisse ? si oui, quand ?
- 4- Quels symptômes présentez-vous lors une crise d'angoisse ?
- 5- Comment vous faites pour gérer votre situation ?
- 6- Abordez- vous ce trouble devant votre entourage ?
- 7- Vous sentez vous soutenus et entouré par vos proches ?

2- L'échelle de l'anxiété générale se Spielberger :

1	Je me sens dans de bonnes dispositions	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
2	Je me sens nerveux et agité	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
3	Je suis content de moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
4	Je voudrais être aussi heureux que les autres semblent l'être	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
5	Je me sens un raté	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours

6	Je me sens paisible	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
7	Je suis calme, détendue et de sang froid	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
8	J'ai l'impression que les difficultés se multiplient à un point tel que je ne peux les surmonter	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
9	Je m'inquiète trop à propos de choses qui n'en valent pas la peine	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
10	Je suis heureux	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
11	J'ai des pensées qui me tourmentent	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
12	Je manque de confiance en moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours

13	Je suis sûr de moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
14	Je prends facilement des décisions	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
15	Je ne me sens pas à la hauteur	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
16	Je suis content	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
17	Des pensées sans importance me trottent dans la tête et me tracassent	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
18	Je ressens les contretemps si fortement que je ne peux les chasser de mon esprit	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
19	Je suis quelqu'un de calme	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
20	Je suis tendu ou agité dès que je réfléchis à mes soucis et problèmes actuels	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours

3- L'échelle de l'anxiété d'état de Spielberger :

1	Je me sens calme	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
2	Je me sens sûr de moi	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
3	Je suis tendu	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
4	Je me sens contraint	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
5	Je me sens à mon aise	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
6	Je me sens bouleversé	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
7	Je m'inquiète à l'idée de malheurs possibles	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
8	Je me sens satisfait	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
9	J'ai peur	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
10	Je me sens bien	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
11	J'ai confiance en moi	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
12	Je me sens nerveux	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
13	Je suis agité	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
14	Je me sens indécis	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup

15	Je suis détendu	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
16	Je suis content	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
17	Je suis inquiet	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
18	Je me sens troublé	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
19	Je me sens stable	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
20	Je me sens dans de bonnes dispositions	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup

Résumé

L'être humain est sujet à divers maladies, infectieuse ou chronique, telles que le diabète, l'hypertension et l'insuffisance rénale chronique, affectant des millions de personnes dans le monde. Cette dernière entrave la santé physique et psychologique, provoquant des symptômes physiologiques et des troubles mentaux comme l'anxiété et la diminution de la confiance en soi .

Les patients insuffisants rénaux nécessitent un soutien psychologique crucial pour gérer ces impacts et améliorer leur bien-être global.