

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA

Faculté des sciences Humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de Master

En Psychologie clinique

Thème

L'anxiété chez les personnes hémodialysées

Etude de six cas

Réalisé par

M^{lle} ISSAADI Zineb

M^{lle} NASRI Aicha

Encadré par

M^r: MEBAREK Bouchaala Fateh

Promotion : 2018/2019

Remerciements

Avant tous, on remercie dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la puissance et le courage afin d'aboutir à l'accomplissement de ce travail.

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous voudrions témoigner toute notre reconnaissance.

On voudrait tout d'abord adresser tous nos gratitude à notre encadreur Monsieur : **Mebarek** pour sa patience, sa disponibilité et sur tous ses judicieux conseils, qui ont attribué à alimenter notre réflexion.

On tient à remercier vivement les membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont apporté à ce modeste travail, en acceptant de l'examiner et de l'enrichir par leurs propositions, ainsi que tous ceux et celles qui nous ont aidé.

On tient également à remercier l'ensemble du personnel du service d'hémodialyse de kherrata : Médecins, Infirmiers, les Malades, et sans oublier le Psychologue Monsieur : **Ouezen Mohand**, pour son aide, et aussi d'avoir accepté de nous orienter durant toute la période du stage.

Enfin, nous remercions tous ceux qui ont contribué de pré ou de loin à la réalisation de ce modeste travail et que nous ont orientés, conseillés ou influencés.

Dédicaces

Je remercie Allah pour le courage et la volonté qu'il m'a donnée pour achever ce travail de tout mon cœur.

Je dédie ce modeste travail à mes très chers parents, que j'aime plus que tous et je prie le dieu pour qu'il me les garde.

A mes très frères : Bay et Lyes.

A mes très chères sœurs : Zina, Razika, Souhila

A mes oncles et leurs familles.

A mes tantes et leurs familles

A mes amies : Hannane, Sonia, Dadou, Amel, Sarah.

A ma binôme Zineb et sa famille.

Je tiens à remercier mon encadreur M^r Mebarek.

Enfin je remercie tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.


Aicha

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

Mon chère grand père qui m'aime beaucoup, qui nous a quitté
"Hocine" que dieu l'accueille dans son vaste paradis.

A mes chers parents que milles dédicaces ne puissent exprimer mes
sincères sentiments, pour leur patience illimitée, leur encouragement
contenu, leur aide, en témoignage de mon profond amour et respect
pour leurs grands sacrifices.

A mes chères frères : Ahcen et Chems.

A ma très chère cousine : Romaissa

A mes chères oncles que j'aime vraiment : Dada Nabil, Kherdine, Jimi
et Saadine.

A mes petits : Youyou, Oussama, Achraf, Alaadine et Raaya.

A ma belle famille "Idir".

A mon très chère fiancé "Saadi" ses sacrifices, son soutien moral,
son encouragement sa gentillesse, son égale, son profond attachement,
mon permis de réussir, que dieu réunisse nos chemins pour long vie
inchallah.

A mes amies : Sihem, Rima, Hanane, Naima, Monia. J'oublierai
jamais les moments qu'on a passés ensemble.

A ma binôme Aicha et sa famille.

A tous ce qui m'ont aidé de près ou de loin à réaliser ce travail.

Zineb

Table de matière

Introduction.....	1
--------------------------	----------

Problématique et hypothèses

1- La problématique.....	4
2- Les hypothèses.....	6
3- Choix du thème.....	6
4- Les objectifs de notre étude.....	7

Partie théorique

Chapitre I : L'insuffisance rénale et hémodialyse

a- Hémodialyse aspect médical

Préambule.....	10
I. Le rein.....	10
1- Définition	10
2- Les fonctions des reins.....	11
3- L'anatomie de rein.....	11
II. Insuffisance rénale (IR).....	12
1- Définition.....	12
2- Les types de l'insuffisance rénale.....	12
2-1- l'insuffisance rénale aiguë.....	12
2-1-1- Définition.....	12
2-1-2- Les causes de l'insuffisance rénale aiguë.....	13
2-1-3- Les Symptômes d'une insuffisance rénale aiguë.....	13
2-1-4- Traitement de l'insuffisance rénale aiguë.....	13
2-2- Insuffisance rénale chronique.....	14
2-2-1- Définition.....	14
2-2-2- Les causes de l'IRC.....	14
2-2-3- Diagnostic d'une maladie rénale chronique.....	14
2-2-4- Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC).....	15
A- La dialyse péritonéale.....	15
B- Hémodialyse.....	16
C- Greffe rénale.....	17

Table de matière

B- L'hémodialyse : Aspect psychologique

Préambule	19
1- Le moment de l'annonce de la maladie.....	19
2- Les nombreuses contraintes et douleurs morale de la dialyse.....	20
2-1- Le problème du rapport au temps chez la personne dialysée.....	20
2-2- Le régime et les contraintes alimentaires.....	20
2-3- Le problème d'effraction.....	20
2-4- Les répercussions psychologiques.....	21
2-5- Les remaniements de l'image du corps.....	21
2-6- dysfonctionnement sexuelle.....	22
3- L'hémodialyse et les relations social.....	22
4- Les mécanismes de défense du patient hémodialysé.....	22
5- Le rôle des soignants.....	23
Conclusion.....	23

Chapitre II : L'anxiété

Préambule.....	25
1- Définition : entre anxiété, angoisse, peur et stress.....	25
1-1- Etymologiquement (anxiété).....	25
1-2- Angoisse.....	25
1-3- La différence entre anxiété et l'angoisse.....	25
2- Les niveaux d'anxiété.....	25
3- Les types de l'anxiété.....	26
3-1- Anxiété normale.....	26
3-2- Anxiété pathologique.....	26
3-3- Anxiété trait.....	26
3-4- Anxiété état.....	27
4- Les symptomatologies anxieuses.....	27
4-1- Les symptômes psycho- comportement.....	27
4-2- Les symptômes somatiques.....	27

Table de matière

5- Les modèles théoriques de l'anxiété.....	28
5-1- Théorie cognitivo- comportementale.....	28
5-2- Théorie psychanalytique.....	28
5-3- Théorie biologique.....	29
6- Les divers troubles anxieux.....	29
7- Diagnostic différentiel.....	30
8- La prise en charge de l'anxiété.....	31
8-1- La prise en charge pharmacologue.....	31
8-2- La prise en charge non médicamenteuse.....	32
8-2-1- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC).....	32
8-2-2- Relaxation.....	33
Conclusion.....	34

Partie méthodologique

Chapitre III : Méthodes de la recherche et techniques utilisées

Préambule.....	37
1- Méthode de la recherche et technique utilisées.....	37
1-1- La pré-enquête.....	37
1-2- Le lieu de recherche.....	37
1-3- La méthode clinique.....	38
1-4- L'étude de cas.....	39
2- La population d'étude.....	39
2-1- Sélection de notre population d'étude.....	39
2-2- Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude.....	40
3- Les techniques utilisées.....	40
3-1- L'entretien clinique de recherche.....	40
3-2- L'entretien semi-directif.....	41
4- Attitude clinique de clinicien.....	41
A. Non directif.....	41
B. Respect.....	42
C. Neutralité bienveillante.....	42
D. Empathie.....	42
5- Le guide d'entretien.....	42

Table de matière

6- L'échelle D'Hamilton d'anxiété.....	43
6-1- Historique et définition.....	44
6-2- La passation du l'échelle d'anxiété d'Hamilton.....	44

Partie Pratique

Chapitre IV : Analyse et interprétation des résultats

Cas n° 1 : Omar.....	49
Cas N°2 : Hassiba.....	53
Cas N° 3 : Fares.....	56
Cas N° 04 : Ibtissam.....	59
Cas N° 5 : Hafid.....	62
Cas N° 6 : Zakia.....	65

Chapitre V : discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses.....	70
Conclusion générale.....	73

Bibliographie

Annexe

Introduction

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

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

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

Notre pays est également affecté par cette maladie. Fin 2013 on comptait 18000 patients hémodialysés chronique.

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

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

Certains patients mis en dialyse (hémodialysés) ressentent toujours un malaise psychologique un choc émotionnel, la peur, un bouleversement, une inquiétude vis-à-vis leur avenir. Les éléments sont source d'anxiété.

L'état psychique du patient, ses peurs, et ses interrogations relatives à sa santé contribuent à l'apparition des troubles anxieux. Ces troubles qui sont affectifs peuvent nuire au comportement, à la pensée aux émotions, et à la santé psychique de la personne qui est atteinte et qui se manifeste par : complications, sentiment d'instabilité, agitation ou incapacité à se relaxer.

Dans notre recherche concernant le thème « **l'anxiété chez les personnes hémodialysés** » nous allons adopter l'approche cognitivo-comportementale afin d'expliquer les différentes pensées et cognitions des patients hémodialysés, ainsi la théorie psychanalytique pour comprendre le fonctionnement mentale des IRC.

Introduction

On s'est basé sur l'étude de six cas, trois hommes et trois femmes, pris au service d'hémodialyse d'établissement public hospitalier de Kherrata.

Pour enrichir et effectuer notre recherche, et pour bien expliquer et éclairer les idées que nous avons abordé précédemment, nous avons élaboré un plan de travail qui comporte les parties suivantes :

En premier lieu, une introduction et un cadre générale de la problématique ou nous avons proposé des hypothèses que nous allons confirmer ou infirmer à la fin de notre recherche.

En second lieu, une partie théorique qui comporte deux chapitres :

Le premier (I) chapitre : l'hémodialyse :

Son aspect médical et aspect psychologique qui est attribué à la présentation des termes liés à l'insuffisance rénale.

Le deuxième (II) chapitre : intitulé l'anxiété

Le troisième (III) chapitre : la partie méthodologie

Méthodes et techniques utilisées de la recherche.

Et la partie pratique qui est divisée en deux chapitres :

Chapitre (IV) intitulé : analyse et interprétation des résultats

Chapitre (V) : discussion des hypothèses.

Enfin, on termine notre travail de recherche par une **conclusion générale.**

*Problématique et
hypotheses*

Problématique et hypothèse

1- Problématique

La santé est un bon état physiologique d'un être vivant, un bon fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme. Être en pleine forme ou en bonne santé est l'une des premières préoccupations de l'être humain. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la maladie se caractérise par « un état de complet bien-être psychique, mentale et sociale, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » ?

Sans oublier la santé mentale, qui joue un rôle primordial dans la stabilité de l'organisme. Cette dernière est définie, selon l'organisation internationale de la santé comme : « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté. » D'après cette définition on peut dire, qu'être en bonne santé mentale, ne consiste donc pas uniquement à ne pas savoir de maladie.

Parmi, les maladies qui affectent l'organisme de l'être humain on trouve les maladies chroniques, qui sont des maladies définitives ou la personne est condamné à vivre avec, tout au long de sa vie, tel que ; les cancers, sida, les diabètes, et l'insuffisance rénale chronique.

La maladie rénale, appelée également l'insuffisance rénale, désigne la diminution du pouvoir épurateur des reins et correspond donc à une diminution du nombre de néphrons fonctionnel de la créatinine. (**Rader Macher, 2004, p.14**).

En distingue deux types d'insuffisance rénale : aigue et chronique.

L'insuffisance rénale chronique est définit comme « une altération progressive et irréversible de la filtration glomérulaire. Elle résulte en générale l'évolution d'une maladie chronique ». (**Bruno et NOELLE, 2016, p.200**).

En Algérie, plus de 23000 insuffisants rénaux chronique sont recensés à travers 317 centres d'hémodialyse ouverts dans le secteur public et privé.

Deux millions d'algériens ont un problème rénal chronique, soit 10% de la population adulte âgé de plus de 18 ans, pas moins de 2000 nouveaux cas sont traités par année, dans 17 ans l'on put réaliser seulement 2000 transplantations en Algérie. ([https://www.liberté-Algérie.com/actualité/deux-millions- d'algériens-concernés/](https://www.liberté-Algérie.com/actualité/deux-millions-d-algériens-concernés/)).

Puis n'oublions pas que l'insuffisance rénale chronique est une maladie qui bouleverse l'organisme de l'être- humain, aussi que le fonctionnement psychologique. Les réactions

Problématique et hypothèse

différent d'un individu à l'autre, le patient est condamné à vivre avec cette maladie à l'exception de la réalisation de la greffe. L'autre effet perturbateur de l'annonce du diagnostic est qu'elle entraîne une remise en question générale de l'individu : par rapport à son avenir, son équilibre familial, ses symptômes, ces éléments sont source d'anxiété, d'un traumatisme et de tristesse. (**Le Febvre, 2003**).

L'hémodialyse entraîne une souffrance psychique itérative puisque le sujet doit s'y rendre trois fois par semaine, alors que l'anxiété existe chez tous les dialysés.

L'anxiété est un état émotionnel qui passe de la qualité subjective expérimentée de la peur, ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, dirigé vers le futur, parfois exagérée par rapport à la menace, et inclus les symptômes corporels subjectif et manifestes. (**Berrada S et AL, 2010. P.252**).

Les troubles anxieux constituent un groupe d'atteinte très communes. Ils peuvent être graves mais tout à fait traitable. Ils affectent le comportement, les pensées les sentiments et la perception physique. (**J. Palazzolo, 2007, p.63**).

Ils existent plusieurs symptôme psychiques et comportementaux lors de certains états anxieux ou le patient peut vivre des expériences de dépersonnalisation (sentiment de se sentir étranger dans son propre corps), le sujet présente une altération de ces capacités cognitive, l'inhibition anxieuse, des perturbations du sommeil, difficultés de concentrations, une fatigue intense, et tension musculaire.

En psychologie clinique, le clinicien fait appelle à plusieurs approche et méthodes afin d'expliquer les troubles psychologiques.

Pour cela, nous avons adopté l'approche intégrative, la théorie psychanalytique dans le vécu psychologique, la relation d'objet...etc, et la théorie cognitivo-comportementale (TCC) comme arrière-plan théorique de notre recherche.

D'un point de vue cognitif, l'anxiété est présenté là où le sujet perçoit un danger ou une menace, elle est le produit de l'évaluation cognitive et correspond à un ensemble de cognitions et affectes face à une situation menaçante. (**P. Granzan, 2003, p.22**).

Nous avons exploité un ensemble de lectures, la revue littérature et sur la pré-enquête qu'on a effectué auprès des hémodialysés, dans le service d'hémodialyse à kherrata afin de

Problématique et hypothèse

s'interroger sur la nature de leurs réactions psychiques, notamment l'anxiété, essayant de répondre aux questions suivantes :

- Est-ce que les hémodialysés développent-ils une anxiété ?
- Quel est le degré de l'anxiété chez les hémodialysés ?

2- Les hypothèses :

Les patients atteints d'insuffisance rénale chronique en phase d'hémodialyse souffrent d'un état de trouble anxieux.

Le degré de l'anxiété chez les sujets hémodialysés varie d'une personne à une autre.

Opérationnalisation des concepts :

a- Anxiété :

- Agitation
- Irritabilité
- Inquiétude
- Insomnie
- Inattention
- La peur
- Tachycardies
- Expression de craintes
- Incapacité de se concentrer
- Nausées- vomissement.

b- L'hémodialyse :

- éliminer les déchets dans le sang
- une diminution de la taille des reins
- une augmentation du taux sanguin de créatine et d'urée.
- Une sensation du mal-être, des vomissements, perte d'appétit
- Des maux de tête, la fatigue

3- Choix du thème :

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

Problématique et hypothèse

- L'importance des deux (02) variables (anxiété/ hémodialyse dans l'actualité.
- Déterminés l'impact psychologique d'hémodialyse.
- Donner une description objective sur la réalité de l'état physique et psychique des hémodialysés.

4- Les objectifs de notre étude :

Ce modeste travail qui porte sur l'anxiété chez les personnes hémodialysées. Réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique.

Les objectifs que nous voulons atteindre à travers notre présente étude sont les suivants :

- Rendre compte de la diversité des sentiments éprouvés par les patients afin d'avoir une connaissance plus complète de cette intervention à travers l'analyse des entretiens cliniques.
- Comprendre et analyser ses sentiments par une approche cognitivo-comportementale.
- Connaitre l'influence de la dialyse sur l'état psychologique des patients.

Partie Théorique

Chapitre I
L'hémodialyse

L'insuffisance rénale et hémodialyse.

Préambule :

La maladie rénale est souvent la plus silencieuse des maladies, elle est ainsi difficile de connaître avec exactitude la date de son apparition. L'insuffisance rénale est une altération du fonctionnement des deux reins qui ne filtrent plus correctement le sang. Elle est dite aigue si le dysfonctionnement est transitoire, chronique lorsque la destruction est irréversible, sans possibilité de guérison. Cela peut provoquer un bouleversement non seulement sur le côté biologique, mais aussi sur le côté psychologique.

- **L'hémodialyse : aspect médical.**

I. Le rein :

1- Définition :

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

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

La médullaire comprend deux (02) partie :

- La médullaire externe voisine du cortex comporte une couche externe et d'autre interne.
- La médullaire interne qui forme la papille.

Le cortex coiffe la base des pyramides de malpighie et s'insinue entre les pyramides constituant les colonnes de Bertin.

Les pyramides de malpighie envoient des rayons médullaires appelés pyramides de fer rein dans le cortex appelé labyrinthe. (**Pallot, J.L, 2007, p.02**).

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

2- Les fonctions des reins :

Les reins ont comme fonction essentielle de retirer du sang l'excès de liquide et les déchets du métabolisme, les reins reçoivent le sang par les artères rénales qui transportent le sang oxygène provenant du coin. En pénétrant dans les reins, le sang circule dans des vaisseaux de plus en plus petits qui aboutissent chacun à un néphron, une sorte de rein miniature. D'autre fonction sont élimination de toxines, régulation du bilan hydrolytique et de l'équilibre acide-Base : La production des hormones responsable de la régulation de la tension de la production des globules rouges. (M.Bruno, et M. Noelle. P. ALOI, 2016, p.208).

Le rôle essentiel et la fonction la plus importante des reins etde maintenir l'homéostasie de corps.

3- L'anatomie de rein :

Les reins humaines ont forme de gros haricots dont la concavité, ou hile rénale, regarde vers la colonne vertébrale, ils se trouvent à la hauteur des onzième et douzième vertèbres dorsale et des trois premières lombaires, le droit un peu plus bas que le gauche, et un peu plus petit, chaque rein pèse environ 150 g, leurs dimensions sont environ (11 à 12 Cem) de longueur, et (06 cm) de largeur et(03 cm) d'épaisseurs, et chaque rein comporte plus d'un million de néphrons qui constituent ses unités structurale et fonctionnelles, le néphron lui-même divisé en deux partie : Le glomérule qui filtre les déchets et le tubule rénal qui est rattaché au glomérule. (Le médicale)

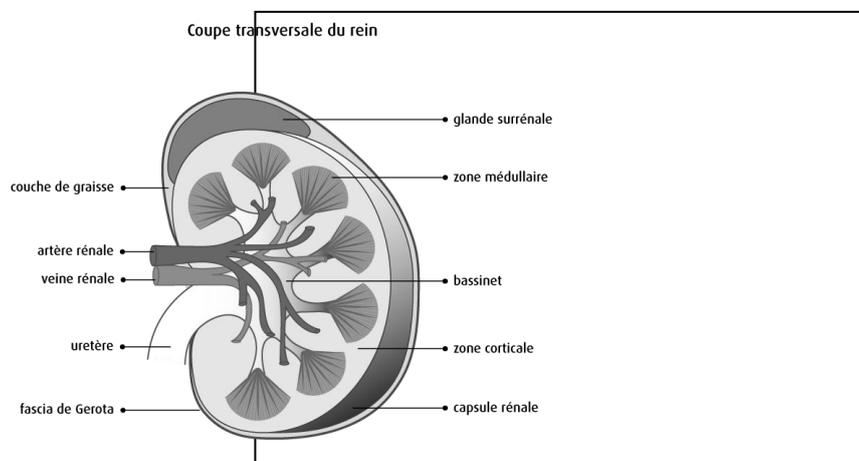


Figure 1: Anatomie interne du rein

II. Insuffisance rénale (IR) :

1- Définition :

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

L'insuffisance rénale est définie comme diminution du pouvoir épurateur des reins et correspond donc à une diminution du nombre de néphrons fonctionnels. Elle se manifeste avant tout par une diminution de la créatinine.

Il faut cependant savoir que chaque néphron a un pouvoir d'adaptation tel qu'il peut largement modifier son débit glomérulaire selon la demande. C'est ainsi que lorsque un néphron n'est plus fonctionnel ; son voisin peut à lui seul entièrement composer cette déficience.

Une diminution de 50% du nombre de néphrons fonctionnels n'aura donc aucune expression biologique.

Une insuffisance rénale ne deviendra donc biologiquement manifeste lorsque la masse néphrotique fonctionnelle est réduite de plus de 60%. (**Rader Macher, L, 2004, p.14**).

2- Les types de l'insuffisance rénale :

On définit deux types d'insuffisance rénale :

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

2-1- l'insuffisance rénale aigue :

2-1-1- Définition :

L'insuffisance rénale aigue est caractérisée par une chute brutale de la filtration glomérulaire (FG). Hydro électrolytiques et de l'équilibre acidobasique.

La première manifestation clinique est une chute de la diurèse. D'autres manifestations cliniques sont à conséquence d'accumulation de toxines du métabolisme azoté ou d'une défaillance de la fonction endocrine du rein.

L'IRA est la défaillance rapide (quelques heures à quelques jours) des fonctions rénale. Elle traduit la perte d'homéostasie hydro électrolytiques et acidobasique et ou l'accumulation de déchets organique. (M. Ben ABADJI, 2005, p.117).

L'insuffisance rénale aigue se définit traditionnellement par la diminution rapide du débit de filtration glomérulaire, qui se traduit par une élévation rapide (heures, jours, semaine) de la créatinine. (D. joly, 2008, p.245).

2-1-2- Les causes de l'insuffisance rénale aigue :

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

- L'urée Urinaire este loin supérieure à l'urée plasmatique cela prouve que le rein concentre l'urée et l'excrété.
- Le rapport sodium/ potassium est inférieure à (1) dans les urines : le patient urine moins de sodium que de potassium. Cela prouve que les fonctions rénales de réabsorption du sodium et d'élimination du potassium ne sont pas altérées.
- Tubulaire (nécrose tubulaire aigue poste-ischémique toxique).
- Intra glomérulaires (glomérulonéphrite aigue).
- Chute du débit sanguin rénal par diminution du débit cardiaque.

2-1-3- Les Symptômes d'une insuffisance rénale aigue :

Parmi les symptômes évocateurs d'une (IRA) trouvent pâleur liée à l'anémie, aedèmes, oligoanurie, HTA, vomissement, léthargie, l'hyper volémie peut entrainer des convulsions, Coma, trouble de comportement, et aussi décompensation cardiaque. Restriction des apports en eau, sodium et potassium (M.Ben BADJI ,2005, p.223).

2-1-4- Traitement de l'insuffisance rénale aigue:

- Assurer un apport calorique suffisant : 30 cal/kg/j .
- Apporter au moins 1 g/kg/jour de protides.
- Lutte contre l'hyper kaliémie (kayéxalate) .
- Epuration extra rénale (dialyse prétoriale ou hémodialyse) ;
- Mise sous surveillance automatique

2-2- Insuffisance rénale chronique :

2-2-1- Définition :

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 et B. Viron, 1993, p.141).

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par la diminution progressive et irréversible de la filtration glomérulaire (DFG). Elle résulte en générale de l'évolution d'une maladie rénale chronique. (M. Bruno, et M. Noelle, P. Aldi, 2016, p.200).

2-2-2- Les causes de l'IRC :

D'abord on trouve la Néphropathie vasculaires (environ 20 à 25%), ensuite la Néphropathie diabétiques (environ 20 à 25%) essentiellement diabète type (02), après la Glomérulonéphrites chroniques environ (10 à 15%), la néphropathie héréditaires (environ 5 à 10%) essentiellement polykystose rénale autosomique dominante, et la Néphropathie interstitielle chronique (moins de 5%), et enfin Néphropathie d'origine indéterminée (plus de 10%). (M. Bruno, et M. Noelle, P. Aldi, 2016, p.201).

2-2-3- Diagnostic d'une maladie rénale chronique :

La démarche diagnostique comprend six étapes ; affirmer la maladie rénale chronique, et préciser son stade et son rythme évolutif, et faire le diagnostic étiologique, identifier les facteurs de progression, et rechercher le retentissement, si le (DFG) est inférieur à 60 ml/ min/ 1,73 m².n, et rechercher les facteurs de risque cardio-vasculaires. (M. Bruno, et M. Noelle, P. Aldi, 2016, p.201)

Affection	%
- Néphropathie vasculaire	20 à 25 %
- // diabétique	20 à 25 %
- // Glomérulonéphrites	10 à 15 %
- // héréditaire	10 à 15 %
- // polykystose	Moins de 5 %
- // d'origine indéterminé	Plus de 10 %

Tableau 01 : Les principales causes d'insuffisance rénale chronique. (M. Bruno, 2016, p. 201).

2-2-4-Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) :

Lorsque l'insuffisance rénale chronique a atteint le stade terminal, il est indispensable suppléer les fonctions rénales vitales par la transplantation rénale ou par un traitement d'épuration rénale : la dialyse péritonéale (DP) ou l'hémodialyse (HD). (Olmer, M, 2007.)

A-La dialyse péritonéale

1/Définition :

Technique de dialyse comme membrane d'échange et de filtration une enveloppe interne du corps péritoine.

La dialyse péritonéale (DP) fut d'abord employée pour le traitement des insuffisances rénales aiguës, puis plus récemment, du fait de la bonne résistance du péritoine, pour celui des insuffisances rénales chroniques.

Le péritoine (membrane à double feuillet qui tapisse la cavité abdominale et les organes qu'elle contient et dont l'une des faces est parcourue par de nombreux capillaires sanguins) est utilisé comme système de filtrage naturel lors de cette technique d'épuration extra rénale. Les échanges d'eau ou de substance dissoute (sodium, potassium, Calcium), s'effectuent alors entre le sang contenu des capillaires péritonéaux, et le dialysat, préparé à l'avance dans une poche en plastique ; celui-ci est introduit dans la cavité péritonéale par un cathéter en silicone implanté chirurgicalement dans la paroi abdominale, qui sert également à son évacuation. L'introduction du dialysat dans la cavité péritonéale et sa vidange est facilitée par l'utilisation de machine automatique, une fois infusée, le dialysat est jeté et remplacé par un dialysat frais. (Olmer, M, 2007, p.09).

2/principe de la dialyse péritonéale :

La membrane péritonéale permet les échanges en dialyse péritonéale, et les transferts diffusifs selon les gradients de concentration transmembranaires permettent la diffusion des molécules dissoutes, et ultrafiltration est réalisée avec des solutions de dialyse péritonéale de forte osmolarité (glucose hypertonique). Ou à pression colloïde élevée (polymère de glucose). Ceci permet d'obtenir une soustraction nette de liquide nécessaire chez les patients aigus. (M.Bruno, et M. Noelle, P. Aldi, 2016, p. 215).

B- Hémodialyse :

1/ Définition :

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

A moins qu'une greffe de rein puisse être pratiquée le traitement de l'insuffisance rénale chronique est défini l'insuffisance rénale aiguë correspond à une défaillance transitoire de quelques jours à plusieurs semaines, du fonctionnement du rein : lorsque celle-ci est importante, elle peut nécessiter une épuration du sang par hémodialyse en attendant que la fonction rénale soit rétablie. (**Larousse médicale, p. 466**).

L'hémodialyse est une technique d'épuration extra rénale qui met en contact le sang du malade par l'intermédiaire d'une membrane semi-perméable, avec une de dialyse, circulant à contre-courant. (**Boubchir, A, 2004, p. 192**).



Figure 2 : l'image de la Dialyse

2/ L'importance de la dialyse :

La dialyse aide à :

- 1- Eliminer les déchets pour maintien notre corps en bonne santé.
- 2- Eliminer l'excès de liquide.
- 3- Maintien l'équilibre des minérales et autres substances dans notre organisme.
- 4- Maintien notre corps en bonne santé.

3/ Les principes de l'hémodialyse :

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

- **Diffusion** : transfert passif de substance dissoute à travers une membrane, sans passage de solvant (eau).

C'est le principal mécanisme épurateur dans l'hémodialyse électrolytes et molécules (urée, créatinine...) diffuse à travers la membrane du milieu le plus concentré au milieu le moins concentré.

-**L'ultra filtrage** : phénomène régi par un gradient de pression qui fait passer un liquide à travers une membrane semi- perméable. (**Bouchir, A, 2004, p. 193**).

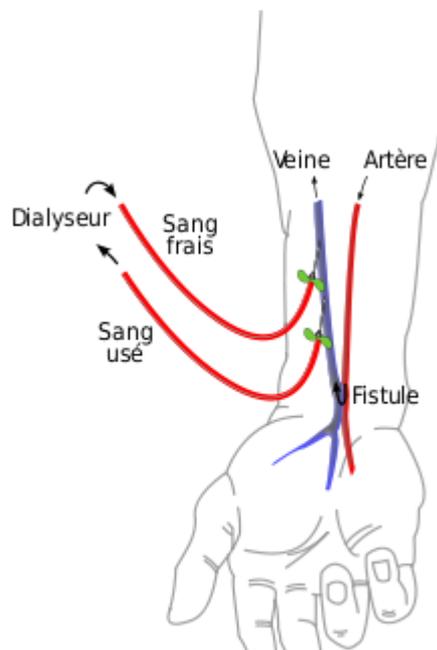


Figure 3 : image de la fistule artério veineuse.

C- Greffe rénale :

La transplantation rénale (TR) constitue de nos jours le traitement idéal de l'insuffisance rénale chronique.

En effet, contrairement aux autres modalités thérapeutiques.

Elle permet non seulement prolonger la vie, mais aussi assure une meilleure qualité de vie et une réduction à long terme du coût de prise en charge des patients, elle permet la normalisation des désordres métabolique liés à l'insuffisance rénale chronique.

Ce traitement consiste à greffer au patient dont les reins ne fonctionnent plus, un rein fonctionnel provenant d'un donneur vivant ou décédé. Les patients transplantés doivent prendre un traitement dit immunosuppresseur. Il s'agit de médicament qui diminue l'activité du système immunitaire dont le but de prévenir le développement d'un rejet du greffon.

Conclusion :

Les reins jouent un rôle primordiale dans le métabolisme du fonctionnement organique au leurs fonctions c'est d'éliminer et de filtrer le sang de la quantité d'eau, de potassium, de sodium et de phosphore prévenants des différents aliments que notre organisme absorbe chaque jour, et parmi les affections fréquentes qui touchent les reins, l'insuffisance rénale chronique, une maladie définitive, incurable, irréversible, ou le patient perd complètement les fonctions de ses reins, une urgence qui nécessite une prise en charge médicale et psychologique.

B-L'hémodialyse : Aspect psychologique

Préambule :

L'hémodialyse est l'une des affections qui bouleverse le côté psychologique du patient et apprendre qu'on est atteint d'une maladie chronique n'est jamais facile à accepter, celui-ci est en effet confronté aux remaniements, voire aux anxiétés que subit son corps, son interaction avec ses pairs.

L'évolution de cette maladie influence directement sur le côté psychologique du patient, cette dernière est une source d'un traumatisme effrayant et une situation difficile à accepter. Ci-dessous on va aborder quelques notions du vécu psychique.

1- Le moment de l'annonce de la maladie :

L'annonce de la maladie est vécue comme un traitement en psychologie, le traumatisme se définit comme un événement qui implique un "avant" et un "après", de sorte que la vie de la personne, ainsi que la façon dont elle appréhende le passé et présent et avenir, s'en trouve totalement bouleversée. Le traumatisme confronté surtout le sujet à la perspective de la mort la sienne ou celle d'un proche. Tous ces facteurs peuvent déboucher sur un conflit psychique. (Le Febvre, 2005, p.4)

Les difficultés psychologiques des dialysés sont liées au fait que leur maladie soit mortelle et rend indispensable des soins contraignants. La découverte de la maladie confronte donc le patient à sa propre mort. Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologiques, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien. (Le Febvre, 2005, p. 03).

On évoque souvent la notion de vérité lorsqu'on aborde le thème de l'annonce du diagnostic.

La vérité est un terme de philosophie qui exprime la qualité de ce qui est vrai. Dire la vérité à un patient c'est donc l'informer de ce qui est réellement.

En effet, quelque soit la maladie, tant qu'elle est inconnue du patient mais connue du médecin, celui-ci se retrouve possession de la "vérité" de l'explication des symptômes qui décrit le patient.

2- Les nombreuses contraintes et douleurs morale de la dialyse :

2-1- Le problème du rapport au temps chez la personne dialysée :

La dialyse est souvent considérée par les patients comme un temps ‘mort’, perdu, d’où l’importance de parfois réexpliquer l’intérêt de la dialyse, ce à quoi elle sert.

C’est le rôle du psychologue aussi bien que des soignants, on peut par exemple rappeler qu’avant d’être on dialyse, le patient était beaucoup plus fatigué, et donc que la dialyse leur apporte un mieux- être. Certains patients le reconnaissent d’eux- même, surtout s’ils ne sont en dialyse que depuis quelques semaines.

La survenue de la maladie, comme événement traumatique peut entraîner un profond remaniement de la perception du temps. En effet, le temps qui passe est ce qui nous rapproche tous de l’échéance qu’est la mort. Or, les insuffisances rénaux sont plus que toute autre personne, confrontés à cette perspective d’autant plus inéluctable que la dialyse n’est qu’un soin palliatif, c’est-à-dire un soin uniquement destiné à reculer les limites entre vie et mort. (Le Febvre, 2005, p. 1).

2-2- Le régime et les contraintes alimentaires :

Les contraintes alimentaires sont aussi importantes, les restrictions sur les prises de nourriture et d’eau sont difficiles, surtout chez les personnes âgées, car manger et boire représentent des sources de plaisir versus le principe de réalité. Les personnes dialysées on peut de sources de plaisir immédiat, car les séances de dialyse tous les deux jours les rappellent sans cesse à la réalité.

Les transgressions alimentaires, hydriques, et l’insuffisance de complaisance au traitement médicamenteux sont des façons de trouver une certaine identité, de récupérer un pouvoir sur les choses. (Le Febvre, 2005, p. 03).

2-3- Le problème d’effraction :

Chaque nouvelle fonction représenté une effraction corporelle. Le branchement en hémodialyse, la pose de cathéter de dialyse péritonéale ou la transplantation rénale (le greffon) consistent à introduire un objet étranger dans le corps. Chacune de ces effractions constituent un véritable traumatisme. Toute ces interventions modifient le corps, y créent des ouvertures des brèches qui peuvent être source d’anxiété. (Le Febvre, 2005, p. 05).

En hémodialyse, la vision du sang peut faire resurgir des fantasmes très anxieux, relatif au fait d'être vidé de son sang, en même temps qu'il est contrôlé et nettoyé par la machine.

Habituellement nous n'avons pas accès à la vision de notre propre sang, tout au moins pas en aussi grande quantité, nous n'avons pas nos plus accès au bruit de notre propre circulation sanguine, ce qui est le cas lorsqu'on a une fistule laquelle constitue une porte ouverte sur l'intérieure du corps. Pour certaines personnes le ''thrill'' de la fistule, semblable au tic-tac d'une montre représente le temps, qui passe ainsi que le signe de maintien de leur propre vie.

Cela peut manifester une très grande anxiété au moment du branchement par exemple, perturbation de sommeil et l'appétit. C'est là où le psychologue peut être utile pour encourager la verbalisation. (Le Febvre, 2005, p. 05).

2-4- Les répercussions psychologiques :

Les difficultés psychologique des dialysés sont liées au fait que leurs maladie soit mortelle et rend indispensable des soins contraignants les premiers moments de découvertes de la maladie induisent des bouleversements sociaux, psychologique des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien. Cela le conduit à se détacher du monde et à ne plus l'investir, d'où un repli sur soi, accentué parfois par l'isolement sociale. C'est pourquoi la famille et les soignants ont un rôle très importants à jouer. A l'inverse, certaines personnes trouvent dans la dialyse un bénéfice sur le plan social.

Si ce sont des personnes qui étaient déjà socialement isolées avant, la dialyse va leur permettre de nouer des liens avec d'autres personnes soignés ou soignants.

On peut en outre observer des manifestations phobiques par rapport à un type précis de machine ou à une infirmière. C'est en réalité un moyen de déplacer l'anxiété sur un objet extérieure afin de mieux évacuer et contrôler cette anxiété.

2-5- Les remaniements de l'image du corps :

On peut observer des bouleversements au niveau de l'image du corps, se définit comme la perception inconsciente que nous avons de notre corps. Par opposition ou schéma corporel qui représente l'image consciente.

La maladie peut entraîner une dépréciation corporelle le sujet en vient à considérer son corps comme incomplet, craint que celui-ci ne soit « déformé ».

L'insuffisance rénale peut être vécue comme si l'organe rein était mort, et de ce fait un processus de deuil est nécessaire, car il y a perte d'une fonction : la fonction rénale. (Le Febvre, 2005, p. 04).

2-6- dysfonctionnement sexuelle :

Tous les hémodialysés présentent des dysfonctionnements sexuelles 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.

3- L'hémodialyse et les relations social :

Le traitement par hémodialyse retentit sur les différentes sphères de la vie du patient, notamment sur la vie familiale certains patients font le choix d'installer une véritable cloison entre ce qu'ils vivent en dialyse et leur vie quotidienne. D'autres ont besoin du soutien de leur entourage et de compréhension. Le traitement répartie aussi sur la vie sociale et familiale. Le temps libre et limité, les loisirs sont modifiés et le cercle des amis se réduit.

La dialyse nécessite une organisation durable qui implique toute la famille.

Le soutien psychologique de l'entourage aide le patient à faire face aux contraintes de la maladie et à son traitement.

Le soutien familial est décrit comme un facteur essentiel à l'adaptation à la maladie et à son traitement, c'est grâce à ce soutien que le patient fait le mieux face à la chronicité. (Le Dey, D, 2006, p.28, 29).

4- Les mécanismes de défense du patient hémodialysé :

Quelques éléments pour comprendre les mécanismes de défense des patients :

- Ils ont une fonction de protection indispensable face à une situation vécue comme trop douloureuse.
- Ils sont inconscients.
- Ils se réorganisent en permanence, ils ne sont donc pas figés dans le temps.

Le patient perde adopter une des attitudes de défense suivantes :

- L'isolement : La charge affective se trouve séparée de la représentation à laquelle elle était rattachée.
- Le projection agressive : L'anxiété se trouve projetée sous forme d'agressivité sur l'entourage, le médecin ou l'équipe soignante.
- La régression : permet au patient de ne plus avoir à assumer les événements mais de les laisser à la charge de l'autre.
- Le déni : Le patient se comporte comme si rien ne lui avait été dit.

5- Le rôle des soignants :

Malgré toutes leurs compétences, les soignants ne peuvent pas offrir la guérison totale. De plus assister à la souffrance et la dégradation des malades, à leur anxiété induit également une souffrance, et peut-être parfois un sentiment d'impuissance. Certains soignants peuvent avoir l'impression quelques fois de ne pas savoir comment répondre à la souffrance des malades.

Dans ces situations, il importe d'essayer d'accepter son impuissance, car cela diminue la culpabilité au même temps, il faut éviter d'ignorer son sentiment d'impuissance pour tenir compte des attentes du malade.

Pour cela, le psychologue peut proposer une aide personnalisée, soit auprès de patients hospitalisés, soit auprès de patients venant en ambulatoire, devrait se retrouver à toutes les étapes clés 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, M, 2010**).

Conclusion :

Les hémodialysés nécessitent une prise en charge multidisciplinaire. La collaboration entre les psychologues et Néphrologues doit débuter le plus tôt possible, parfois même avant le début de la mise en dialyse afin d'informer le patient sur les difficultés qui risquent de survenir au cours de la prise en charge.

Chapitre II
L'anxiété

Préambule:

Nous allons à travers ce deuxième chapitre « cadre conceptuel de l'anxiété », se focaliser sur les définitions de certains concepts et leur contexte théorique en rapport avec notre thème de recherche, afin de mieux cerner notre sujet d'investigation qui est l'anxiété, mais avant ça on va essayer de faire une distinction entre angoisse, anxiété, peur, stress.

1- Définition : entre anxiété, angoisse, peur et stress :

1-1- Etymologiquement : (anxiété)

L'anxiété est au sens étymologique du terme une agonie, c'est-à-dire une lutte où je me débats contre le monde et moi-même, dans une atmosphère néfaste de danger, de peur, d'impuissance, d'inconnu et de mystère, où je me sens pantelant et perplexe désarçonné. (Henry Ey. 2006. P.381).

Selon "pière Janet" est celle qui généralement retenue même si elle comporte des limites certains l'anxiété est une peur sans objet réel apparent ou défini, c'est un état émotionnel qui passe de la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. (Clément J, 2007, p.34).

1-2- Angoisse :

Est un état de malaise provoqué par la prescience d'un danger imminent qu'on ne peut en aucun cas deviner et aussi est un malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger. (Dictionnaire le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur, 2000, p.18).

1-3- La différence entre anxiété et l'angoisse :

La psychiatrie anglo-saxonne ne dispose que d'un seul terme « anxiety » pour exprimer les concepts d'angoisse et anxiété en allemand le même mot « angst » désigne les deux états, ce terme étant directement issu du latin *angustia*.

L'anxiété ou l'angoisse se caractérise par inquiétude disproportionnée par rapport à la réalité de menace qui se manifeste par des troubles psychologiques (peur, insomnie) et psychiatriques (tension, difficulté de respiration). (J F. Portier, 2004, p.23).

2- Les niveaux d'anxiété :

2-1- Faible :

Agitation, irritabilité, augmentation du nombre de questions, focalisation sur l'environnement.

2-2- Modéré :

Inattention, expression de crainte, perceptions, floues, insomnie.

2-3- Sévère :

Sentiment de lassitude- discours rapide, tremblement, faible contacte des yeux, patient préoccupé par sa situation présente, nausée et hyperventilation.

2-4- Panique :

Incapacité de se concentrer ou à communiquer, activité motrice augmentée, vomissements tachypnée. (P L Swearingen, 1999, p.454)

3- Les types de l'anxiété :

3-1- Anxiété normal :

C'est un comportement humain normal, lorsqu'il est lié à un événement précis, limité dans sa durée et son intensité, et qu'il n'entrave pas de façon durable de sujet.

3-2- Anxiété pathologique :

Qui retentit au contraire sur l'adaptation du sujet jusqu'à désorganiser totalement son comportement.

Les individus souffrant d'anxiété sont donc des individus qui se ressentent plus l'anxiété comme une émotion stimulante, mais comme une sensation souffrante et handicapante qui a franchi le seuil de la pathologie.

Dans l'anxiété est considéré comme anormale quand elle n'est rattachée à aucune cause évidente ou identifiable, et quand elle devient chronique ou rend l'individu dysfonctionnel. (Robert et coll, 1999).

3-3- Anxiété trait :

L'anxiété trait est par contre une prédisposition à reprendre sur un mode anxieux et plus précisément la tendance à répondre par la peur à des stimuli stressant. (Graziani. P,2003, p.12)

Trait d'anxiété définit comme, dimension de la personnalité qui se réfère à des différences inter individuelles stables dans la propension à l'anxiété, c'est à dire à des différences dans la tendance à percevoir les situations aversives comme dangereuse ou

menaçantes et à gré pondre par une élévation de l'intensité des réactions d'anxiété état. (Bruchon, Schweitzen, 2002, p. 284).

3-4- Anxiété état :

L'anxiété d'état est la réponse comportementale dérivant de la perception d'une menace. Cette émotion naît avec la perception de la menace et disparaît avec cette menace. (Bouvard. M et Cotraux. J, 1996, p.103).

Selon Spielberger. CD (1993, p7), les « état » sont temporaires et s'expriment par des réactions émotionnelles, ils existent à un moment donné et ont un niveau d'intensité particulière ils se caractérisent par des sentiments de tension, d'appréhension, de nervosité, d'inquiétude et par l'activation du système nerveux autonome.

4- Les symptomatologies anxieuses :

4-1- Les symptômes psycho- comportement :

- L'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise de tension interne.

- Les pensées l'anxieuse sont généralement centrées vers l'avenir.

- Lors de certains états anxieux aigus le patient peut vivre des expériences de dépersonnalisation (sentiment de se sentir étranger à son propre corps) et/ ou déréalisations (perte de l'intimité avec le monde environnant habituel).

- Les perturbations cognitive et l'inhibition de la pensée à un certain seuil d'intensité anxieuse.

- L'inhibition anxieuse est aussi comportementale.

4-2- Les symptômes somatiques :

- **Sur le plan cardiovasculaire** : Tachycardie. T. mineur du rythme cardiaque, douleur précordiales modifications labiles de la tension artérielle.

- **Sur le plan respiratoire** : Les signes vont d'une discrète oppression à des sensations plus intenses et étouffement.

- **Sur le plan neuromusculaire** : Tension musculaire quelques fois douloureuse, tremblement, bourdonnement d'oreilles.

- **Sur le plan digestif** : Sensation de boule dans la gorge, qui peut gêner l'alimentation, diarrhée.

- **Sur le plan vasomoteur** : hypersudation, pâleur, bouffées vasomotrice. (T. Palazzolo ; 2007, p.62).

5- Les modèles théoriques de l'anxiété :

5-1- Théorie cognitivo- comportementale :

L'anxiété est considéré comme secondaire à l'inhibition autre le vécu subjectif désagréable, elle comprend une véritable hyperactivité psychique à favorisé la recherche de plan d'action. Les perceptions anxiogènes étant favorises concourent à l'appréciation exclusive d'un danger imminent ou incontrôlable.

L'apporte cognitiviste passe comme hypothèse relative conditionnement le fait que pour des raisons probablement d'origine cognitive ? Les différentes symptômes somatiques ressentis par le patient font l'objet d'une interprétation catastrophique cette interprétation pathologique est source d'une anxiété. (Naoun Ronan. 2007. P. 777).

*Théorie comportementale :

D'après les comportementales l'anxiété une réponse émotionnelle apprise entre tenue, déclenchée face à certain stimuli environnementaux accaparants, une capacité anxiogène. Ce conditionnement va diffuser les situations comparables, mais de moins en moins précises généraliser les craintes et multipliant les expériences douloureuses.

Pour les comporte mentalités le symptôme névrotique est un comportement appris et mal adapté, l'anxiété entraine souvent un gêne important de la concentration et rend difficile et éprouvante toute activité mental prolongée.

Les théories comportementales et cognitives issues de ces modèles théoriques ont donné lieu à de nombreux protocoles thérapeutiques contrôlés dont les résultats sont patents dans le cadre du traitement des troubles anxieux. (Q. Debrag, B. Grager, et at, 2010. P.162).

5-2- Théorie psychanalytique :

Freud à élaborer successivement deux théories de l'angoisse :

La première (1895) théorie de l'angoisse voit s'opposer les névroses actuelles, provoquées par des problèmes que les patients rencontraient dans leurs vie (sexuelle) de tous les jours, aux psychonévroses de transfert dont le déterminisme était imputé à des conflits sexuels d'origine infantile.

Dans la théorie de l'angoisse (1926) Freud renverse sa conception concernant la production des symptômes anxieux, en situant l'angoisse à la base du mécanisme de refoulement, et non comme une conséquence de celui-ci. (Curat et Despland, 2004. P.82).

5-3- Théorie biologique :

L'anxiété selon cette théorie désigne le dérèglement du système d'adaptation métabolique et respiratoire avec hypersensibilité à des modifications de CO_2 et du PH sanguins (conséquence de l'hyperventilation) et un dysfonctionnement noradrénergique avec hypersensibilité aux stimuli.

Les structures anatomiques en jeu dans l'anxiété concerneraient essentiellement le diencephale, le système limbique et septohippocampique avec l'amygdale. L'utilisation des médicaments dans l'anxiété repose aussi sur des hypothèses biologiques, et sur les expérimentations d'autres systèmes représentés par le jeu des monoamines cérébrales, notamment de la sérotonine et de la noradrénaline.

A cela, on peut ajouter la théorie périphérique des émotions, c'est-à-dire une excitabilité nerveuse périphérique accrue, notamment du système nerveux sympathique. Des théories génétiques sont également à évoquer. (Naour R, 2007, p.777).

6- Les divers troubles anxieux :

Les troubles anxieux constituent un groupe d'atteintes très communes, ils peuvent être graves mais tout à fait traitable. Ils affectent le comportement, les pensées, les sentiments et les perceptions physiques, ils comptent un grand nombre d'états en apparence très différents, qui comportent tous l'anxiété comme symptômes sous-jacent principal.

Les symptômes de l'anxiété vont d'une simple inquiétude à des épisodes de tenue handicapante.

Pour le OSM IV (Américain Psychiatrie Association 1936) le concept de trouble anxieux regroupe plusieurs entités distinctes :

➤ **Une attaque de panique** : Est une période bien déterminée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente. Durant ces attaques sont présentes des symptômes tels que les sensations de souffle coupé, des palpitations des douleurs ou une gêne thoracique, des sensations d'étranglement ou des impressions d'étouffement et la peur de devenir fou ou de perdre le contrôle de soi (OSM IV).

➤ **L'agoraphobie** : est une anxiété liée à ou un évitement d'endroit ou de situation d'où pourrait être difficile ou gênant de s'échapper, ou dans lequel aucun sécant ne serait disponible en cas d'attaque de panic ou de symptôme : à type de panique.

➤ **Le trouble panic sans agoraphobie** : est caractérisé par des attaques de panique récurrentes et inattendues à propos de lesquelles il existé une inquiétude persistante. Le TP avec agoraphobie est caractérisé à la fois par des attaques de panique recouvertes et inattendues et par une agoraphobie.

➤ **La phobie spécifique** : est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifique redoutée conduisant devant à un comportement d'évitement.

➤ **Le trouble obsessionnel compulsif** : est caractérisé par des obsessions (contraint une anxiété ou une souffrance marquée) et/ ou par des compulsions servant a neutraliser l'anxiété.

➤ **L'état de stress post traumatique** : est caractérisé par la reviviscence d'un évitement extrêmement traumatique accompagné de symptôme d'activation neuro-végétative et par l'évitement des stimuli associés au traumatisme.

➤ **L'état de stress aigue** : est caractérisé par des symptômes similaires à ceux de l'état des post traumatique qui surviennent immédiatement dans les suites d'un événement extrêmement traumatique.

➤ **L'anxiété généralisée** : est caractérisée par une période d'un moins six mois d'anxiété et des soucis persistant et excessifs.

➤ **Le trouble anxieux due à une affection médicale générale** : est caractérisée par des symptômes anxieuses au premier plan, considérer comme la conséquence physiologique directe d'une affection médicale général.

➤ **Le trouble anxieux induit par une substance** : est caractérisée par des symptômes anxieux au premier plan, qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe de l'exposition à une substance donnant lieu à abus, un médicament ou une substance toxique.

➤ **Le trouble anxieux non spécifié** : permet de coter des troubles avec une anxiété ou évitement phobique prononcés.

7- Diagnostic différentiel :

7-1- Trouble anxieux due à une maladie médicale :

- **Cardiovasculaire et pulmonaire** : l'angine de poitrine, l'infarctus de myocarde, trouble du rythme, l'asthme, l'œdème aigue du poumon, l'hyperthyroïdie, l'embolie pulmonaire.

- **Neurologiques** : Epilepsie, les vertiges vrais.
 - **Endocriniennes** : l'hypoglycémie, hyperthyroïdie, syndrome de cushing.
- Toutes les affections douloureuses en particulier abdominales.

7-2- Trouble anxieux induit par une substance :

Caféine, cocaïne, cannabis ainsi que les sevrages de produits déprimeurs du système nerveux central (alcool barbiturique).

7-3- Maladies psychiatriques :

Schizophrénie, trouble dépressifs, phobique, stress, post-traumatique, dépersonnalisation trouble factice.

7-4- Syndrome d'hyper ventilation.

7-5- Spasmophilie (entité vague, trouble somatoforme).

8- La prise en charge de l'anxiété :

8-1- La prise en charge pharmacologique :

1) **Les benzodiazépines** : sont un groupe de médicaments fréquemment utilisé dans le traitement des troubles anxieux, elle se faisant sélectivement sur les récepteurs GABA (acide gammamino butyrique) et jouent en quelque sorte un rôle facilitateur pour l'action d'inhibition, ils ne peuvent pas activer eux même le frein, mais lorsque les cellules nerveuses activent l'inhibition ce freinage est renforcé en présence de benzodiazépines.

Les benzodiazépines agissent relativement vite, ils ont en plus de leur portée anxiolytique un effet sédatif, un effet myorelaxant, un effet anticonvulsivant.

2) **L'hydroxyzine (Atarax)** : Agit sur les récepteurs histaminergiques, mais également sur le récepteur sérotoninergique. Bien souvent préférée aux benzodiazépines en raison de l'absence de dépendance et de tolérance, elle n'a pas d'effet déprimeur cortical inhibé l'activité de certaines régions su corticales, ainsi elle est sur le plan clinique à l'origine d'un apaisement émotionnel et d'une légère sédation bien utiles en cas d'anxiété patiente. (**J. Palazzolo, 2007, p.71, 73**).

3) **Les buspirone (Buspar)** : elle est généralement bien toléré, il est principalement indiquée dans le traitement de l'anxiété générale, et ne provoque pas de sédation, pas d'atteinte de la mémoire ou de l'équilibre.

4) **L'étifoxine (stresam)** : indiqué dans les manifestations somatiques de l'anxiété principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardio- vasculaire. Elle n'entraîne pas de

dépendance ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. L'effet recherché est une action régulatrice neurovégétative.

5) **Les carbamates** : On trois propriétés principales, ils ont à la fois anxiolytiques sédatifs et myorelaxants, ils sont des anxiolytiques par diminution de l'excitabilité du système limbique.

6) **Les antidépresseurs** : Sont aujourd'hui le traitement de choix de trouble anxieuse, car ils sont en général bien tolérés les effets indésirable les plus courants, sont des nausées légères qui ont tendance à s'atténuer en moins d'une semaine. Ils n'entraînent pas de dépendance pas d'accoutumance et ne sont pas sédatifs, il faut les voir comme un traitement de fond de l'anxiété. (J. Palazzolo, 2007, p.74).

8-2- La prise en charge non médicamenteuse :

La gestion individuelle de l'anxiété consiste à apprendre aux patients à identifier non seulement les facteurs anxiogène aux quelle il est conformé, mais aussi les réponses qu'il développe face à ces facteurs.

Le but de cette prise en charge est de remplacé les réponses habituelles de l'individu par d'autre réponses physiologiques cognitives et comportementales plus efficaces à réduire l'angoisse. (Bernier J. p et Simand I, 2004, p.205).

Dans cette partie on va essayer de donner et de refaire au traitement d'anxiété selon quelques thérapie tel que : la thérapie cognitivo comportemental, et la relaxation.

8-2-1- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : La thérapie cognitive-comportementale est le moyen le plus courant pour traiter l'anxiété. Le but de ce genre de thérapie est d'empêcher que le patient évité la source de ces troubles anxieux, et d'aider le patient à développer des techniques spécifiques, et aussi une théorie qui se base sur les théories d'apprentissage, et axée sur le changement de comportement ou le patient apprend à se libérer des mauvais comportements, tel que le comportement d'évitement dans des situations déclenchant l'anxiété, et à les remplacer par un comportement adéquat, son adjectif essentiel est : de faire apprendre aux patients comment endiguer les pensées négatives qui entretient, ou aggravent l'anxiété.

La thérapie cognitivo- comportemental comprend quatre aspects principaux :

1/ L'information permet, grâce à un modèle explicatif de diminuer les conceptions erronées au sujet de l'anxiété.

2/ Il s'agit lors de restructuration cognitive de contre carer la peur à l'aide d'exercices mentaux et d'apprendre à juger plus réalistement les situations anxiogènes.

3/ Les exercices d'expositions sont la confrontation progressive du patient avec les situations angoissantes, il apprend à supporter la peur.

4/ Le principe de base du traitement n'est pas seulement de réduire l'anxiété des patients, mais de leur fournir aussi des stratégies pour faire face à l'anxiété, qu'ils peuvent ensuite employer eux même (techniques respiratoires, exercices de détentes musculaires, exercices de perceptions. (**Httenschwiler J. Hock, p.2002**).

8-2-2- Relaxation : Les techniques de relaxation comme la relaxation musculaire progressive, les techniques de respiration et l'imagination guidée peuvent réduire le stress et l'anxiété.

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle d'angoisse. De ce fait, il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas sous une forme ou une autre, ce type de méthode, elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière, et l'utilisation adéquat de l'une des nombreuses techniques existante : Training autogène, relaxation musculaire progressive. Le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété.

L'état physiologique de relaxation peut être obtenu si l'individu respecte quatre conditions fondamentales : environnement calme, attitude passive, concentration (sur un mot, une image, une partie du corps, etc...), tonus musculaire diminuer.

Deux types de relaxation sont essentiellement utilisé en pratique : le training autogène et la relaxation musculaire progressive, les autres méthodes (telle que la relaxation psychologique : relaxation psycho dynamique, hypnose..., la relaxation philosophique yoga, méditation tranxendantale...), trop complexe sont peut utiliser, elles nécessitent un apprentissage long et sont orientées vers d'autres buts, même si elles comportent une composante physiologique, l'utilisation de la relaxation dont ce pendant obéir à deux règles pour être pleinement efficace : un apprentissage progressif et une utilisation adéquate. (**Palazzolo. J, 2007. P.O7**).

Conclusion :

A travers de ce chapitre on peut dire que l'anxiété fait partie intégrante de notre vie, car elle n'épargne personne, elle affecte le coté psychique et le coté somatique. L'anxiété est une émotion normale et indispensable à notre équilibre, cependant elle est associée à un point de particulier qui nous porte à surestimer le danger et à sous-estimer nos capacités.

Partie Méthodologique

Chapitre III
Méthodes de la recherche et
techniques utilisées

Chapitre III : Méthodes de la recherche et techniques utilisées

Préambule :

Ce chapitre méthodologique sera consacré à la présentation de différentes techniques adoptées, et les étapes qu'on a suivies dans notre travail de recherche qui ont pour but, la collecte des informations et des données qui vont nous permettre de mesurer et de comprendre la nature de l'anxiété chez les personnes hémodialysées.

1- Méthode de la recherche et technique utilisées :

1-1- La pré-enquête :

La pré-enquête est une étape la plus importante dans toute recherche méthodologique et scientifique.

Cette dernière nous permettra de recueillir des informations sur la nature et les caractéristiques de notre population d'étude, et ce qui va nous permettre la bonne application de nos outils de recherche, en revanche, elle va nous permettre d'apporter et d'élaborer des changements et des modifications à notre problématique et la reformulation des hypothèses et aussi ça nous facilitera l'élaboration de notre guide d'entretien.

En effet, on a débuté notre recherche de travail par une pré-enquête qui a été effectuée du 11/01/2019 au 09/05/2019, à l'établissement public hospitalier de kherrata à travers laquelle nous avons eu la possibilité de rencontrer des hémodialysés et d'effectuer un certain nombre d'observation, et d'entretien clinique, à fin de cerner leur vécu psychologiques et de discuter avec eux sur les différentes symptômes et problèmes qui conditionnent leur vie.

1-2- Le lieu de recherche :

Présentation de l'EPH de kherrata : L'EPH de kherrata est situé au (sud-est) de la wilaya de Béjaïa, s'étend sur trois daïra : Kherrata, Darguina, et Souk el tenine, couvre une population d'environ (136000) habitants, occupe une superficie d'environ 485 km², pour une capacité d'accueil de 102 lits.

Les structures sanitaires hospitalières :

- Médecine générale 52 lits.
- Chirurgie générale 24 lits
- Maternité générale 16 lits.
- Pédiatrie générale 10 lits.
- Hémodialyse générale 12 générateurs.

Chapitre III : Méthodes de la recherche et techniques utilisées

Présentation de service hémodialyse : Le service hémodialyse est un service qui accueille des malades qui souffrent de l'insuffisance rénale chronique terminale, et qui nécessite des séances de dialyse. La prise en charge de ces patients en IRCI se fait grâce à une équipe soignante multidisciplinaire qui se forme :

- Médecin néphrologue.
- Médecin généralistes.
- Psychologue
- Les infirmiers.
- Secrétaire
- Techniciens de maintenances.

1-3-La méthode clinique : Elle s'insère dans une activité pratique visant à la reconnaissance et la nomination de certains états et aptitudes et comportements dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif, ou une forme de conseil permettant une modification positive de l'individu. Elle vise à établir une situation de faible contrainte pour recueillir des informations de manière plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations en tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. En ce sens elle s'oppose à la méthode expérimentale pour ce rapproché le plus possible des situations naturelles.

Ses présentations à l'objectivité, à la scientificité, aux reproductibilités des phénomènes et à la productivité en sont nécessairement réduites.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretien...)

Le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre les deux niveaux ne tient pas ou outils ou aux démarches, mais aux buts et aux résultats. Le premier fournit des informations, le second vise à comprendre le sujet.

Les principes de la méthode clinique pourraient être la singularité la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que les modes de résolution de ces conflits. La méthode clinique suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue.

Chapitre III : Méthodes de la recherche et techniques utilisées

Les techniques utilisées sont l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu,.... Permettant de faire apparaître les éléments saillants concernant l'individu ou le phénomène en question.

Les méthodes cliniques visent moins un résultat précis qu'un faisceau d'éléments dont les interrelations doivent être analysées. (**Pédinielli, 2005, p. 9-14**).

1-4- L'étude de cas: Dans notre travail de recherche, on s'est référé à la méthode de l'étude de cas, cette dernière qui va nous permettre d'étudier et d'analyser les cas de notre population d'étude.

L'étude de cas est bien une construction du clinicien reposant sur une façon de solliciter puis de considérer des informations émanant du patient : le sujet « ne fait pas son étude de cas » ! Mais celui qui parle de lui, en se posant comme objet de son discours, elle commence donc par la manière dont le sujet parle de lui.

L'étude de cas n'est pas un journal intime, mais l'effet de la rencontre entre un sujet qui présente un problème et un psychologue qui produira l'étude de cas.

Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ces différentes circonstances de survenues un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, tests projectifs, questionnaires, échelles clinique...) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence de lui-même à son histoire et à son contexte de vie.

Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle difficulté de vie importante.

Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les cause le développement et l'évolution d'un trouble. (**Chahraoui et Bénony, 2005, p.125**).

2- La population d'étude :

2-1-Sélection de notre population d'étude :

Suivant la déontologie et l'éthique de la recherche en psychologie clinique. On a demandé le consentement des patients hémodialysés afin de participer dans la réalisation de notre travail de recherche.

Chapitre III : Méthodes de la recherche et techniques utilisées

On a opté à investiguer avec (06) patients, atteint d'insuffisance rénale, leurs âge varient entre (19 et 55) avec lesquels on a travaillé dans l'anonymat en gardant la confidentialité, on a opté à changer et à modifier leurs prénoms.

*** Critères de sélection retenus :**

- Tous les cas choisis partage la même maladie l'IRC et ce traitent tous par dialyse.
- Tous les cas sont à l'âge adulte. Car à cet âge la personnalité des individus seront plus structurée.
- Tous les cas n'ont pas subi la transplantation rénale.

*** Critères non retenus :**

- Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération.
- La situation matrimoniale n'est pas prise en considération, parce que la maladie peut toucher les mariés ainsi que les célibataires.
- La dimension du sexe du patient, car elle touche les deux sexes.

2-2- Tableau 1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude :

Cas	sexe	Age	Situation matrimonial	Début de la dialyse
Omar	Homme	48 ans	Marié	Aout 2018
Hassiba	Femme	55 ans	Mariée	2014
Hafid	Homme	38 ans	Marié	2013
Zakia	Femme	40 ans	Mariée	2013
Fares	Homme	30 ans	Célibataire	2018
Ilham	Femme	19 ans	Célibataire	2012

3- Les techniques utilisées :

3-1- L'entretien clinique de recherche :

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique, et aussi dans un grand nombre disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales.

Chapitre III : Méthodes de la recherche et techniques utilisées

Il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : Biographie, événement vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves...etc. (**Chahraoui. KH, Bénony. H, 2003, p.141**).

Comme dans l'entretien clinique à visée diagnostic ou thérapeutique, on trouve dans l'entretien de recherche les mêmes distinctions techniques : l'entretien non directif, l'entretien directif et l'entretien semi-directif, ce dernier qui constitue notre choix pour effectuer notre recherche.

3-2- L'entretien semi-directif :

Parmi les diverses formes possibles de collecte d'informations orales, le psychologue clinicien accorde une importance particulière à l'entretien semi-directif, nommé aussi entretien centré.

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation.

Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. De même dans ce type d'entretien le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours.

L'aspect Spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé. (**Benony. Chahraoui, 1999, p.16**).

4- Attitude clinique du clinicien :

Les aspects techniques de l'entretien clinique (non directivité ou semi-directivité) sont indissociables de l'attitude clinique de clinicien.

A- Non directif : Le non directivité, c'est d'abord une attitude envers le patient. C'est une attitude par laquelle le thérapeute se refuse à tendre à imprimer au patient une direction quelconque, se refuse à penser ce que le patient doit penser, sentir ou agir d'une manière déterminé. Il s'agit donc attitude où la centration sur le sujet est élément essentiel.

Chapitre III : Méthodes de la recherche et techniques utilisées

B- Respect : L'attitude clinique relève d'une véritable attitude déontologique et éthique. Elle implique le respect du sujet. Il s'agit naturellement du premier principe du code de déontologie des psychologues signé par des associations représentant les psychologues et enseignants chercheurs en psychologie.

Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. Cela concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur dignité, de leur liberté, de leur protection, le secret professionnel et le consentement libre et éclairé des personnes concernées.

Au niveau de l'entretien clinique, l'on doit appliquer cette position éthique qui peut se traduire de manière générale par le respect de la personnalité du sujet, le respect de ses appartenances sociales, culturelles, et professionnelles. (**Benony, Chahraoui, 1999, p.18**).

C- Neutralité bienveillante : La notion de respect implique un autre élément de l'attitude clinique : La neutralité bienveillante.

Le clinicien ne doit pas formuler de jugement, de critique ou de désapprobations à l'égard de sujet. Toutefois, à la bienveillante, il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement.

D- Empathie : une dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique, il s'agit de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive. Selon C. Rogers, il s'agit de sentir le monde priver du patient comme s'il était le vôtre, mais sans oublier la qualité de « comme si »... sentir les colères, les peurs, et les confusions du client comme si elles étaient les vôtres. C. Rogers essaye de décrire l'empathie du clinicien apparaît comme un principe clé de la psychothérapie et de son efficacité. (**Bénony, Chahraoui, 1999, p.18**).

5- Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien est défini comme un « ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». Le guide d'entretien est établi sous la forme de thèmes et d'indicateurs qui devront être abordés par l'interviewer durant l'entretien, en fonction de la dynamique interlocutoire.

Chapitre III : Méthodes de la recherche et techniques utilisées

5-1- Présentation du guide d'entretien semi-directif :

Nom :

Prénom :

Age :

Situation matrimoniale :

Situation professionnelle :

Axe 01 : information sur le malade :

- Pouvez-vous me parler de votre maladie ?
- A quel âge votre maladie s'est déclenchée ?
- Quelles sont les complications et maladie associée à cette maladie ?
- Comment vous- vous sentez physiquement après la dialyse ?
- Que ce qu'est le plus difficile pour vous dans cette maladie ?
- Suivez- vous un régime alimentaire ?
- Y a-t-il d'autres personnes de votre famille atteinte de la même maladie ?

Axe 02 : L'anxiété :

- Quelle était votre réaction lors de l'annonce de la maladie ?
- Comment vivez-vous votre maladie ? et vos séances de dialyse ?
- Quelle était votre réaction après la première séance de dialyse ?
- Quelles sont vos sentiments quand vous pensez à votre état actuel ?
- Est-ce que vous êtes inquiet et vous avez une sensation de peur ?
- De quoi avez-vous peur ?
- Quelle est la situation au quelle vous-vous sentez anxieux vous vous sentez anxieux de plus ?
- Avez-vous tendance à vous isolé ?
- Quelle est l'impact de la maladie sur votre vie intime avec votre conjoint ?

Axe03 : Répercussions sociales sur la vie du malade :

- Quelle était la réaction de votre famille face à cette maladie ?
- Avez-vous trouvé un soutien de l'entourage ?
- Comment sont vos relations sociales ? et dans le milieu professionnel ?
- Est-ce que vous ressentez un changement de votre famille et vos amis envers vous ?

Axe 04 : Projection sue l'avenir :

- Comment vous voyez votre avenir ?

Chapitre III : Méthodes de la recherche et techniques utilisées

- Avez-vous des projets dans le futur ?
- Que pensez-vous de l'avenir ?
- Est-ce que l'avenir vous inquiète ? si oui pourquoi ?
- Est-ce que vous avez l'espoir pour la greffe ?
- Avez-vous quelques choses à rajouté ?

6- L'échelle D'Hamilton d'anxiété :

6-1- Historique et définition :

L'échelle d'Hamilton été l'une des échelles de nation, développée pour mesurer la gravité des symptômes d'anxiété.

Elle a été présentée par Hamilton en 1959 comme un instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété. Elle a été traduite en français par P. Pichot.

Ce teste d'anxiété d'un individu donnée. Il existe différentes catégories de tests s'intéressant de près ou de loin à la psyché des patients.

6-2- La passation du l'échelle d'anxiété d'Hamilton :

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

- **Humeur anxieuse** : Inquiétude, attente de la pire appréhension (anticipation avec peur), irritabilité.

- **Tension** : Sensation de tension ; fatigabilité, impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, pleurs faciles ; tremblements, sensation d'être incapable de rester en place.

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

- **Insomnie** : Difficultés d'endormissement, sommeil interrompu, sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, rêve pénibles, cauchemars, terreurs nocturnes.

- **Fonction intellectuelles (cognitive)** : Difficultés de concentration, mauvaise mémoire.

- **Humeur dépressive** : perte des intérêts, ne prend plus plaisir à ses passe-temps, dépression, insomnie du matin, variations de l'humeur dans la journée.

- **Symptômes somatiques généraux (de nature musculaire)** : Douleurs et courbatures dans les muscles, raideurs musculaires, sursaut musculaires, secousses cloniques, grincements des dents noix mal assurée.

Chapitre III : Méthodes de la recherche et techniques utilisées

- **Les symptômes somatiques généraux (de nature sensorielle) :** Tintement d'oreille, vision brouillée, bouffées de chaleur ou de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotements.

- **Symptômes cardio-vasculaires :** Tachycardie, palpitations, douleurs dans la poitrine, ballonnement, des vaisseaux, sensations syncopales, extrasystoles.

- **Symptômes respiratoires :** poids sur la poitrine ou sensation d'étouffement, soupîres, dyspnée.

- **Symptômes gastro-intestinaux :** Difficulté pour avaler, vents dyspepsie, douleurs avant les repas, sensations de brules, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissement, creux à l'estomac, diarrhée, perte de poids, constipation.

- **Symptômes génitaux- urinaire :** Bouche séché, accès de rougeur, pâleur, tendance à la sudation, vertiges, cap halée de tension, horripilation.

- **Comportement lors de l'entretien :** - serre les poignes, Tics, serre son mouchoir, va - et Ven, tremblement des mains, front plissé, faciès tendu, augmentation du tonus musculaire respiration haletante, pâleur faciale.

- Physiologique : avale sa salive, éructations, Tachycardie au repos, rythme respiratoire à plus de (20 min), réflexe tendineux vifs, tremblement, battements des paupières.

*** Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton :**

• La cotation :

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

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

- La note (1) correspond à une présence très légère.

- La note (2) est attribuée lorsque l'intensité de la manifestation est moyenne.

- La note (3) correspond à une forte présence du symptôme.

- La note (4) est donnée lorsque le symptôme est très aigu, envahissant et envahie le patient. (**Bouvard et Cauttraux, 1996, p.99**).

Chapitre III : Méthodes de la recherche et techniques utilisées

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

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

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

< 17 = légère.

25 - 30 modérées à grave.

Et dans le cas où on a trouvé la somme totale des Items dépasse (30) point on était obligé de faire recours aux normes donné par Beck et Coll, dans le livre de J. Cauttraux et M. Bouvard ; qui donne l'interprétation suivante :

>30 = anxiété majeur. (J. Cauttraux et M. Bouvard, 1996, p.95).

Partie pratique

Chapitre IV
Analyse et interprétation
des résultats

Préambule :

Dans cette partie nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre recherche en vue de confirmer ou d'infirmes les hypothèses.

1- Présentation et analyse des résultats :

Cas n° 1 : Omar

1/présentation générale :

Il s'agit de Monsieur Omar âgé de (48 ans), père de six (06) enfants, il travaillait dans un chantier, il est l'aîné de sa famille, son père est décédé après sa naissance de deux mois. Sa mère s'est remarié, il est resté seul chez ses grands-parents maternels à l'âge de un an.

Notre sujet est une personne calme ; souriant, et d'une bonne constitution physique.

2/ analyse de l'entretien :

Pendant l'entretien notre sujet s'est bien impliqué dans la situation d'entretien clinique, il disait : « **Demandez tous ce que vous voulez, si je peux vous aider je le ferai avec plaisir** », Omar n'a eu aucune maladie grave ou chronique lors de sa jeunesse, il était en très bonne santé physique « j'étais en très bonne santé hamdoulah ».

C'est au mois d'Aout 2018, qu'il a découvert son insuffisance rénale à un stade très avancé vu qu'il était directement mis sous dialyse.

L'insuffisance rénale de Omar n'a pas d'origine héréditaire c'est le seule dans sa famille ; sa cause était l'hypertension artérielle (HTA), il nous a avoué qu'il était en conflit avec ses voisins à cause des problèmes sociaux et familiaux. Pour lui cette insuffisance rénale chronique n'engendrait pas de complications grave, justes un peu de fatigue quand il termine sa séance de dialyse.

Le plus difficile dans sa maladie c'est qu'il sent toujours anxieux et stressé et cela à cause de ses séances de dialyse.

Omar se sentait menacé maintenant à cause de sa maladie.

Notre sujet était choqué et bouleversé lors de l'annonce du diagnostic, il nous a dit qu'il a perdu conscience lors de cette annonce, car au paravent il n'a jamais entendu de cette maladie et même n'a aucune connaissance sur cette insuffisance rénale. D'après ses paroles : « **la première fois j'étais choqué, j'étais dans un état..... (silence) je peux pas m'exprimer** ».

Ses journées de dialyse lui semble comme un enfer, vu la souffrance que la machine lui cause, il disait : « **l'image de cette machine me rend anxieux** ».

Il exprime également une peur, il s'est mis avoir du mal à s'endormir et il se sentait épuisé, et aussi un état de stress qui augmentait chaque séance de dialyse, alors il n'arrivait plus à se détendre.

Malgré l'anxiété engendrée par cette machine il sentait que le dialyseur est devenu l'un des organes dont il ne peut pas se passer, il devient son seul espoir de vivre.

Concernant son état psychique actuel Monsieur Omar nous a déclaré qu'il ressent une peur inexplicable, des sensations de malaise et une nervosité et cela à cause de cette maladie, il a perdu son travail, il ne peut faire aucun effort.

Il présente aussi un manque de sommeil la nuit ; il n'éprouve aucun appétit comme avant.

Durant l'entretien avec Omar, on a constaté qu'il avait de bonnes relations avec sa famille et même entourage, il s'est renforcée de plus depuis qu'il est atteint d'insuffisance rénale, toute sa famille s'est mobilisé pour lui afin de l'aider pour qu'il ne ressent pas d'un manque.

Il nous a soulagé qu'il a bénéficié d'un grand soutien familiale surtout de la part de son cousin en disant : « **il est toujours pré de moi, il ne m'a jamais laissé seul** ».

Malgré cela nous avons remarqué que Omar s'isole refuse les contacts avec les autres, même avec ses proches il déclare : « **je cherche le calme** ».

Fasse à sa situation actuelle, il nous a dit qu'il y a un changement radical, cette maladie a mis fin à sa vie, à modifier complètement sa vie, surtout avec sa conjointe, il n'éprouve aucun plaisir avec elle, d'après ses paroles : « **je vois que je suis incapable d'accomplir mes taches, même mon plaisir à le faire** ».

Enfin, concernant son regard vis-à-vis de l'avenir, il nous a assuré qu'il croit en dieu et au destin. Il ne projette pas des projets à réaliser dans le futur, car sa maladie lui a tous bouleverser. Le seul espoir pour lui s'est de résoudre tous les problèmes avec ses voisins et d'être aise près de sa famille.

Tableau 1 : Score et résultats de l'échelle d'anxiété D'Hamilton d'Omar

Les Items	Cotation	Expressions
Humeur anxieuse	04	Le sentiment d'effroi est présente si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne de patient
Tension nerveuse	03	L'agitation intérieure et la nervosité sont si intense ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne de patient.
Craintes	0	Absentes
Insomnie	03	La durée du sommeil et sa profondeur sont altéré de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24
Troubles de la concentration et de la mémoire	04	Pendant l'entretien le patient, Le montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions
Humeur dépressive	03	Le patient montre des signes non verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.
Symptômes somatiques généraux musculaire	04	Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne du patient.
Symptômes somatiques généraux : sensoriels	01	Il n'est pas claire si les indications du patient indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.
Symptômes cardio-vasculaires	03	Le patient à des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaire, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.
Symptômes respiratoires	02	Les symptômes respiratoire sont présents, mais le patient est toujours capable de les contrôlés
Symptômes gastro-intestinaux	04	Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne du patient.
Symptômes urinaires génitaux	01	Il n'est pas claire si présent ou non

Autres symptômes du SNA	02	Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais s'interfèrent avec la vie quotidienne du patient.
Comportement pendant l'entretien	0	Le patient n'apparaît pas anxieux
Score : 34		

Le score obtenu dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton chez Omar est de (34) point, ce qui signifie qu'il présente une anxiété majeure.

Synthèse du cas :

L'anxiété d'Omar est causée par son insuffisance rénale et aussi par des problèmes sociaux et familiaux parmi lesquelles nous pouvons déduire qu'Omar souffre d'un niveau d'anxiété majeur élevé liée à son état psychique suite aux séances de dialyse, ce qui l'empêche de vivre dignement.

L'analyse des données de l'entretien et de résultats de l'échelle de l'anxiété une anxiété majeure dont le score est de (34) point.

Cas N°2 : Hassiba

1- Présentation générale :

Hassiba une jeune femme, âgée de 55 ans, maman de cinq enfants, femme au foyer.

Elle s'est mariée à l'âge de 15 ans, au a beaucoup souffert dans sa grande famille, son mari était décédé après quelque séance de dialyse, Hassiba est une femme de petite taille, souriante très calme et même timide.

2- Analyse de l'entretien :

Pendant l'entretien, Hassiba a révélé des événements qui sont importants pour elle, commençant par sa maladie.

Notre sujet était une femme forte et en bonne santé jusqu'à l'année 2014

La maladie de notre sujet a commencé depuis 2014, à cause de certaines manifestations comme l'hypertension artérielle, et la fatigue...

Après plusieurs examens le médecin a diagnostiqué chez elle une insuffisance rénale chronique au stade très avancé.

Hassiba fut envoyée directement au service d'hémodialyse elle disait : « **au début je ne savais pas ce que veut dire la dialyse, et le médecin me disait que mes reins ne fonctionnent pas** ».

Pour elle cette (IRC) insuffisance rénale chronique n'engendrait pas de complications, juste une fatigue quand elle termine la dialyse.

Hassiba se sentait triste et anxieuse à cause de sa maladie. L'annonce de sa maladie était un vrai choc pour elle : « **cette maladie pour moi est une grande menace pour ma vie... (pleure)...** ».

Elle ne voulait pas accepter sa maladie, et sa présence à l'hôpital la rendait agitée et frustrée, elle pensait toujours à sa mort.

Ce qui manifeste de plus son anxiété c'est d'être transporté de son village par la voiture de service de transport des malades : « **j'aime pas cette voiture, car tous le monde me regarde, et savent que je suis dialysée, c'est une honte pour moi** ».

Les journées de dialyse elle les considère comme un emprisonnement. C'est donc le moment où elle se sent anxieuse et même nerveuse de plus, c'est un obstacle devant son bonheur et son bien-être. Elle était tout le temps stressée de rentrer chez elle.

Notre sujet nous affirme qu'elle présente un manque d'appétit et des troubles de sommeil la nuit. Elle s'inquiète par rapport à sa maladie et même vit des crises de larmes toute seule.

Elle se demande toujours pourquoi-t-elle subit cela, alors elle s'isole dans sa chambre ou elle présente une tristesse exprimée par des larmes, elle disait : « **je pleure des fois pourquoi je suis pas comme les autres...(silence)...** »

Durant notre entretien avec Hassiba on a constaté qu'elle avait de bonnes relations avec les enfants qui étaient toujours à ses côtés, et même avec son entourage. Elle nous affirme que de nature calme et réservé.

Enfin concernant son regard sur son avenir, elle a peur de mourir et de laisser ses enfants sans mère. Elle souhaite de trouver un rein et de bénéficier d'une greffe pour continuer de vivre sans souffrance de dialyse.

Tableau2 : Score et résultats de l'échelle d'anxiété d'Hamilton de Hassiba

Les Items	collations	Expressions
Humeur anxieuse	03	Quelque fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficile à contrôler, car l'inquiétude portée sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interféré avec la vie quotidienne du/de la patient(e).
Tension nerveuse	03	L'agitation intérieur et la nervosité sont si intense ou fréquentent qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du patient(e).
craintes	02	La/le patient (e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.
insomnie	02	La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée

Trouble de la concentration et de la mémoire	04	Pendant l'entretien, le/la patient (e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.
Humeur dépressive	03	Le/la patient (e) montre des signes non verbaux claires de dépression ou de perte d'espoir.
Symptômes somatiques généraux : musculaire	02	Les symptômes sont caractéristiques de la douleur
Symptômes somatiques généraux sensoriels	01	Il n'est pas claire si les indications du/de la patient (e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.
Symptômes cardio-vasculaire	02	Les symptômes cardio-vasculaire sont présent, mais le/la patient (e) peut les contrôler.
Symptômes respiratoires	00	Absents
Symptômes gastro-intestinaux	02	Un ou plusieurs symptômes gastro intestinaux sont présent mais le/la patient (e) peut les contrôler.
Symptômes urinaires génitaux	00	Absents
Autres symptômes du SNA	01	Présence peu claire
Comportement pendant l'entretien	00	Le/la patient (e) n'appartient pas anxieux
Score : 25		

Les résultats obtenus dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton son de 25 points, ce qui signifie qu'elle présente une anxiété modérée à grave.

Synthèse du cas :

Hassiba manifeste plusieurs symptômes anxieux qui se caractérisaient par une tristesse, fatigue pleurs liés à son atteinte.

Cette anxiété a été engendrée par sa maladie qui présente un obstacle pour la patiente.

Cette dernière manifeste des modifications de l'appétit et du sommeil, des sensations de peurs et de malaise.

Les données de l'entretien et de l'échelle d'anxiété d'Hamilton nous a permis de détecter une anxiété modérée à grave chez Hassiba dont le score est 25 point.

Cas N° 3 : Fares**1- Présentation générale**

Il s'agit de Monsieur Fares âgé de 36 ans, souffre d'une insuffisance rénale chronique terminale depuis 7 ans. Notre patient est toujours bien habillé et bien coiffé. Il est célibataire et à un niveau d'étude de quatrième année moyenne, il travaille dans un chantier.

Durant l'entretien Fares a été calme, compréhensif, il s'est montré coopératif ; il a répondu à nos questions sans aucun problème.

2- Analyse de l'entretien :

A l'âge de 23 ans et après avoir eu malaise, Fares était emmené d'urgence à l'hôpital de Kherata. Sa famille pensait que c'était de l'hypertension dont il était atteint depuis 2 ans, mais les médecins ont diagnostiqué chez lui une insuffisance rénale chronique, Fares fut alors hospitalisé au service d'hémodialyse.

Lors de l'annonce de la maladie, Fares n'a eu aucune réaction faute de connaissance de cette maladie, mais après les explications du médecin et lui avoir annoncé qu'il va rester à vie avec la machine, il a commencé à paniquer et avoir peur, disait : « **je ne connaissais pas cette maladie et je n'avais pas du tout peur, et après qu'il m'a dit que j'allais rester toute ma vie comme ça avec la machine, j'ai commencé à paniquer** ».

Il était hospitalisé pendant un mois et on lui a posé une fistule, après cette opération il a attendu 15 jours pour ensuite subir sa première séance d'hémodialyse « **j'avais très mal, j'avais tellement mal que j'ai cru que j'allais mourir** »/

Notre patient dit l'avoir refusé au début mais s'être habitué à l'hémodialyse. L'insuffisance rénale chronique de Fares n'est pas d'origine héréditaire, sa cause était l'hypertension artérielle, pour lui cette insuffisance rénale chronique n'engendrait pas de complication, juste un peu de fatigue quand il termine sa séance de dialyse.

Fares présente des troubles alimentaires avant sa maladie et durant sa maladie, il est non-observant, il refuse le régime alimentaire indiqué par le médecin, il ne manifeste pas des perturbations de sommeil en disant « **je dors facilement comme avant** ».

Durant notre entretien avec Fares, on a constaté qu'il avait de très bonnes relations avec sa famille et son entourage, il nous affirme qu'il est de nature calme et réservé, toute sa famille s'est mobilisée pour lui afin de l'aider pour qu'il ne ressente pas aucune manque

« mais aussi ma famille m'encouragent et m'aident pour que je puisse affronter ma maladie, c'est eux qui me donnent chaque jours la force et la volonté d'avoir envie de vivre ».

Fares regrette sa vie d'avant, cette maladie l'a privé de pour suivre son travail, son avenir « **cette maladie m'a enlevé toute ma vie, je ne peux pas ni me marier ni travailler** ».

Il ne pense pas du tout à l'avenir et pour ses projets d'avenir, il n'a pas d'idées ni de ce qu'il va faire, il voit son avenir comme noir carrément, il n'y a pas d'avenir du tout, il n'a rien décidé de ce qu'il va faire de son avenir, parce qu'il est vraiment malade, Fares espère envisager plus tard de se faire une greffe d'organe et reprendre son cycle de vie et de se marier et fonder une famille.

Tableau 3 : Score et résultats de l'échelle d'anxiété D'Hamilton de Fares

Les Items	Cotation	Expressions
Humeur anxieuse	03	Quelque fois l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler, car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur, il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne de patient.
Tension nerveuse	04	Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie quotidienne du patient.
Craintes	0	Absentes
Insomnie	03	La durée du sommeil est sa profondeur sont altéré de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.
Troubles de la concentration et de la mémoire	00	Le patient n'a ni plus ni moins de difficulté à se concentré que d'habitude.

Humeur dépressive	00	Absente
Symptômes somatiques généraux musculaire	03	Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à certain point avec la vie quotidienne du patient.
Symptômes somatiques généraux : sensoriels	00	Absente
Symptômes cardio-vasculaires	02	Les symptômes cardio-vasculaire sont présent mais le patient peut les contrôler.
Symptômes respiratoires	00	Absent
Symptômes gastro-intestinaux	01	Il n'est claire s'il existe une déférence avec le vécu habituel.
Symptômes urinaires génitaux	00	Absent
Autres symptômes du SNA	00	Absent
Comportement pendant l'entretien	03	Le patient est anxieux de façon marquée
Score : 19		

Les résultats obtenus dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton sont 19 points, ce que signifie qu'il présente une anxiété légère à modérée

Synthèse du Cas :

Après avoir analysé notre entretien avec Fares, on déduit qu'il souffre des troubles anxieux, qu'ils le perturbent dans sa vie quotidienne.

Depuis sa maladie le patient affirme qu'il est devenu plus nerveux et stressé au point d'éprouver des sentiments de panique. Mais malgré ses peurs et ses inquiétudes de son avenir et de sa santé, Fares a exprimé une grande volonté de rattraper le temps perdu avec sa famille. Le patient nous montre son courage de continuer à vivre sa vie.

Cas N° 04 : Ibtissam**1- Présentations générale :**

Mademoiselle Ibtissam âgé de 19 ans est issue d'une famille pauvre et nombreuse, elle est la quatrième d'une fratrie de 09 enfants : un garçon et 08 filles, son père retraite et sa mère femme au foyer. Elle est arrêté ses études a deuxième année CEM et elle n'affait aucune formation depuis « **je n'arrivais pas à suivre je pense que les études ne sont pas faites pour moi** ».

2- Analyse de l'entretien :

A l'âge de 4 ans Ibtissam s'était présentée en consultation chez un médecin généraliste suite au douleur et des vertige. Après plusieurs examen le médecin a diagnostiqué chez elle qui est diabétique et elle a été hospitalisée pendant un mois à l'hôpital de kherata.

Ensuite, à l'âge de 12 ans Ibtissam était suivie pour des troubles de tension artérielle et le diabète, elle a été hospitalisée deux fois suite à cette maladie, mais elle déclare avoir toujours respecté son régime et pris ces médicaments à l'heure. Après quelque jour les médecins ont diagnostiqué chez elle une insuffisance rénale chronique, Ibtissam fut alors envoyée au service d'hémodialyse.

A l'annonce du diagnostic elle avait une réaction normale, car elle n'avait aucune connaissance sur cette maladie « **le médecin m'a dit que mes reins ne fonctionnent plus, mais je ne savais pas ce que voulait dire la dialyse** ».

Ibtissam a été hospitalisée pendant 15 jours pour elle avoir posé une fistule. Après lui avoir tout expliqué elle été bouleversé et choqué « je n'ai pas arrêté de pleurer, j'avais très peur de mourir, car sa sœur été déjà atteinte de cette maladie et elle est morte suite à cette dernière, c'est héréditaire.

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

Concernant son état physique et psychique Ibtissam nous a déclaré qu'elle sent toujours la fatigue et l'anxiété de la nervosité, elle ne dort presque pas la nuit, elle éprouve un manque de sommeil depuis sa maladie « **je n'arrive pas à dormir surtout les premiers temps, je pense trop et je pleure** » elle manifeste un manque d'appétit elle ne respecte jamais le régime alimentaire prescrit par le médecin.

La patiente nous a souligné qu'elle a bénéficié d'un grand soutien familiale surtout de la part de ses sœurs et de sa maman « **j'aime beaucoup parler avec ma famille, ça m'aide à oublier ma maladie** », bien que Ibtissam a reçu beaucoup d'encouragement et un grand soutien de la part de tous ses proches, elle ne supporte pas qu'on en face trop et qu'on la traite de malade. Ibtissam a changé son comportement envers sa famille et ses proches « **je suis moins indulgente et beaucoup moins patiente qu'avant... personne ne m'aide, je suis fatiguée de tout faire seule** ».

On a constaté chez notre patiente des difficultés a abordé l'avenir. Soit elle songe de sujet sois elle répond « **je ne veux pas penser à ça, je ne veux pas parler de l'avenir** » elle s'envisage pas des projets dans le futur et elle n'a jamais regardé au long terme, elle ne peut pas regarder dans le futur tant qu'elle n'a pas de travail « **y a pas d'avenir** ». On ne peut pas regarder ni avoir l'avenir si on n'a pas de travail, le projet de Ibtissam n'est pas encore claire, elle disait « **j'ai envie tout d'abord de trouver une greffe** ».

Tableau 4 : Score et résultats de l'échelle d'anxiété D'hamilton d'Ibtissam

Les Items	Cotation	Expressions
Humeur anxieuse	02	La patiente exprime plus clairement qu'elle est dans état anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler, néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupation mineurs et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du la patiente
Tension nerveuse	04	Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie quotidienne du patient.
Craintes	03	Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elles interfèrent avec la vie quotidienne du patient
Insomnie	02	La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel, l'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée
Troubles de la concentration et de la mémoire	04	Pendant l'entretien, la patiente montre des difficultés de concentration de néanmoins ou à la prise de décision.

Humeur dépressive	03	La patiente montre des signes non verbaux clairs de pression ou de perte d'espoir.
Symptômes somatiques généraux musculaire	00	La patiente n'est ni plus ni moins douloureuse ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.
Symptômes somatiques généraux : sensoriels	04	Les symptômes sensoriels sont présent de la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne de la patiente
Symptômes cardio-vasculaires	00	Absent
Symptômes respiratoires	04	Les symptômes respiratoires sont présent la plupart du temps interfèrent clairement la vie quotidienne de la patiente.
Autres symptômes du SNA	02	Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais s'interfèrent avec la vie quotidienne de la patiente.
Comportement pendant l'entretien	03	La patiente est anxieuse de façon marquée
Score : 31		

Les résultats obtenus dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton sont 31 points, ce qui signifie qu'elle présente une anxiété majeure.

Synthèse du Cas :

Après avoir analysé notre entretien avec Ibtissam, nous a révélé que cette dernière, manifeste des symptômes anxieux, elle a subi un changement radical dans sa santé physique et psychique, après son atteinte de l'insuffisance rénale chronique.

Ibtissam présente une anxiété et des sentiments suivis par une perte d'appétit, et aussi une tristesse par des sentiments pessimistes, elle manifeste aussi des difficultés à se concentrer ainsi que la fatigue et le trouble de sommeil.

Le fonctionnement urinaire du patient est pratiquement en grande baisse et en dégradation.

Cas N° 5 : Hafid

1- Présentation générale :

Il s'agit de Monsieur Hafid, âgé de 38 ans demeurant à Kherrata, marié et père de trois garçons, il vit avec sa famille, il était maçon dans un chantier, suite à sa maladie, il a quitté son travail.

2- Analyse de l'entretien :

A l'entretien, Monsieur Hafid nous a raconté qu'il est atteint d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) suivi par des séances de dialyse 03 fois par semaine.

La maladie de notre sujet a débuté en 2013 après avoir eu des symptômes douloureux : l'insomnie, perte d'appétit, fatigue, et la cause la plus manifeste est bien que l'hypertension artérielle dès les premières consultations médicales mis directement sous dialyse.

L'insuffisance rénale de Hafid n'est pas d'origine héréditaire, pour lui n'engendrait pas de complications juste un peu de fatigue quand il termine sa séance de dialyse.

Le plus difficile dans sa maladie c'est qu'il se sent toujours fatigué et même condamné, il disait : « **ma maladie ma beaucoup bouleversé, et je suis plus comme avant...** » sa réaction lors de la découverte de sa maladie a été un traumatisme, il était choqué. Bouleversé il disait « **j'étais choqué car au pare avant je ne connais pas cette maladie et j'ai jamais entendu de cette atteinte** ».

Les séances de dialyse pour lui est un emprisonnement car durant les quatre heures il se sent stressé, perturbé, par lui cette maladie est un obstacle : « **j'ai tous abandonné à cause de cette maladie** ».

On a constaté que le sujet se sent toujours inquiet vis-à-vis de sa situation qu'il l'empêche d'atteindre ses objectifs, il s'exprime également une sensation de peurs et de malaise.

Hafid s'isole tous le temps, refus les contacts avec ses voisins, ses amis. Il disait : « **j'aime bien de rester seule ; je rentre toujours à 23h00 à la maison** ».

Suite à sa maladie, sa vie a complètement changé, et même sa vie intime, le patient présent une baisse du plaisir.

Durant notre entretien avec Hafid on a constaté qu'il avait de très bonnes relations avec sa famille et son entourage, il nous affirme aussi qu'il est de nature calme et réservé.

Hafid reçoit un grand soutien de la part des gens de son entourage, vu qu'il entretenait de bonnes relations avec eux.

Concernant ses relations professionnelles il nous assure qu'il entretenait auparavant, de très bonnes relations au travail, il est aimé et respecté par eux, et c'est le cas avec l'équipe soignante à l'hôpital.

Enfin, concernant son regard vis-à-vis de l'avenir, il ne projeté rien, il n'a pas peur de l'avenir, mais il a peur de continuer à souffrir encore plus.

Il a l'espoir d'avoir un rein pour diminuer la souffrance.

Tableau 5 : Score et résultats de l'échelle d'anxiété D'Hamilton de Hafid

Les Items	Cotation	Expressions
Humeur anxieuse	03	Quelque fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler, car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le future, il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de patient (e).
Tension nerveuse	02	Le/la patient (e) dit clairement d'être incapable de se d'étendre et ses rempli d'agitation intérieure, qu'il/qu'elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.
Craintes	00	Absentes
Insomnie	01	La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement) mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.
Troubles de la concentration et de la mémoire	00	Le/la patient (e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

Humeur dépressive	03	La/le patient(e) montre des signes non verbaux clairs de pression ou de perte d'espoir.
Symptômes somatiques généraux musculaire	02	Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.
Symptômes somatiques généraux : sensoriels	00	Absent
Symptômes cardio-vasculaires	02	Les symptômes cardio-vasculaires sont présent, mais le/la patient (e) peut les contrôler.
Symptômes respiratoires	00	Absent
Symptômes gastro intestinaux	02	Un ou plusieurs symptômes gastro intestinaux sont présent, mais le/la patient (e) peut les contrôler.
Symptômes urinaires et génitaux	01	Il n'est pas claire si présent au non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituelle.
Autres symptômes du SNA	02	Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais s'interfèrent avec la vie quotidienne du/de la patient(e).
Comportement pendant l'entretien	02	La/le patient (e) est modérément anxieux (se).
Score : 20		

Les résultats obtenus dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton sont 20 points, ce qui signifie qu'il présente une anxiété légère.

Synthèse du Cas :

Après avoir analysé notre entretien et l'échelle d'anxiété d'Hamilton avec Monsieur Hafid, on déduit qu'il souffre de troubles anxieux qu'il le perturbe dans sa vie quotidienne, depuis sa maladie, le patient affirme qu'il est devenu plus agité et nerveux au point d'éprouver des sensations de malaise et de tension, Hafid trouve de grande difficultés à se détendre.

Le score obtenu dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton est de 20 points, marquer d'une anxiété légère à modérée.

Cas N° 6 : Zakia :

1- Présentation générale:

Il s'agit de Mme Zakia âgée de 40 ans, elle est 2^{ème} d'une fratrie de 04 enfants (2 garçon et 2 fille) mariée et mère d'une petite fille de 04 ans, son niveau d'instruction est faible, 2^{ème} année moyenne, c'est une femme au foyer.

2- Analyse de l'entretien:

Pendant les séances d'entretien, notre sujet s'est présenté avec une forte timidité, elle contrôle bien ses paroles, mais peu à peu elle a commencé à s'exprimer librement et sans complexe, on disait « **maintenant je suis allaise, on vous parlant, demander tout ce que vous voulez. Si je peux vous aider, je la ferais avec plaisir** » elle a répondu à nos question sans aucune opposition.

A l'entretien Zakaria nous a raconté qu'elle est atteinte d'une insuffisance rénale chronique terminale. Elle était hospitalisée 15 jours à l'ancien hôpital de Bejaïa, depuis qu'elle commence des séances de dialyse à l'hôpital de kherrata.

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

Concernant son état physique et psychique Zakia nous a déclaré qu'elle sent toujours la fatigue et l'anxiété et la peur « **cette maladie est une très grande menace pour ma vie** », elle ajoute « **je n'arrive pas à croire que j'ai atteint à croire que j'ai atteint cette maladie silencieuse** ».

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

Durant les séances de dialyse fragilisent son état psychique, car sa vie et son corps sont dépendant de la machine. Ensuite, elle retrouve des difficultés à suivre ce genre de traitement « **je m’imagine pas attacher tout ma vie à cette machine** ».

Zakia est toujours isolée de son entourage et elle perd contact avec eux sur tout avec tout, personnes de son âge, elle considère cette maladie comme un obstacle qui la priver de toutes activité de sa famille « **je pense à mes enfants surtout ma petite fille** » (un moment de pleur) je suis trop gêné par cette maladie « **je pense trop à cette maladie je ne sais pas comment je vais continuer ma vie** » (2 minutes de silence).

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

Tableau2 : Score et résultats de l’échelle d’anxiété d’Hamilton de Zakia

Les Items	collations	Expressions
Humeur anxieuse	03	Quelque fois, l’anxiété ou le sentiment d’insécurité sont plus difficile à contrôler, car l’inquiétude portée sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du la patiente.
Tension nerveuse	04	Les tensions et l’agitation interfèrent constamment avec la vie quotidienne du la patient.
Craintes	02	La patiente vit de l’anxiété phobique mais est capable de lutter contre.
Insomnie	01	La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d’endormissement) mais il n’y a pas d’altération de la profondeur du sommeil.
Trouble de la concentration et de la mémoire	02	Même en faisant un gros effort, le patient éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien
Humeur dépressive	00	Absente

Symptômes somatiques généraux : musculaire	04	Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne du la patiente.
Symptômes somatiques généraux sensoriels	02	Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillement de la peau.
Symptômes cardio-vasculaire	00	Absente
Symptômes respiratoires	00	Absents
Symptômes gastro-intestinaux	02	Un ou plusieurs symptômes gastro intestinaux sont présent mais le/la patient (e) peut les contrôler.
Symptômes urinaires génitaux	00	Absents
Symptômes gastro-intestinaux	02	Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présent mais la présente peut les contrôler
Symptômes urinaires et génitaux	02	Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présente mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne du la patiente.
Autres symptômes du SNA	00	absent
Comportement pendant l'entretien	03	la patiente est anxieuse de façon marquée
Score : 25		

Les résultats obtenus dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton son de 25 points, ce qui signifie qu'elle présente une anxiété modérée à grave.

Synthèse du cas :

Suite à notre entretien avec Zakia, on déduit qu'il souffre de trouble anxieux de manière très marqué et qu'ils les perturbent dans sa vie quotidienne. Depuis son atteinte de l'insuffisance rénale chronique, le caractère et la personnalité de Zakia est plus changé ,elle a perdu son autorité et la confiance en soi elle a peur de mourir et de laisser sa fille sans mère. Elle souffre aussi de trouble de sommeil, elle ne dort presque jamais la nuit. Cette situation a amplifié chez elle les troubles anxieux.

Cette dernière manifeste des modifications de l'appétit et du sommeil, des sensations de peurs et de malaise.

Les données de l'entretien et de l'échelle d'anxiété d'Hamilton nous a permis de détecter une anxiété modérée à grave chez zakia a dont le score est 25 point.

Chapitre V
discussion des hypothèses

On répond dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

Première hypothèses :

Les patients atteints d'insuffisance rénale chronique en phase d'hémodialyse souffrent d'un état de trouble anxieux.

D'après les résultats de l'entretien et de l'échelle d'Hamilton on n'a constaté que nos hypothèses ont été confirmées et cela dans les six cas des personnes hémodialysées.

Les personnes qui ont présenté une anxiété légère : Hafid et Fares.

En résumé nous avons constaté que Hafid arrive à s'adapter avec sa maladie, le patient affirme qu'il est devenu agité et même nerveux.

Hafid a subi un choc à cause de l'annonce de la maladie.

L'analyse des résultats de l'échelle d'Hamilton montre que Hafid souffre d'une anxiété légère d'un score de 20 points, accompagné par des symptômes tels que les inquiétudes, un malaise, sensation de peurs, il se manifeste aussi par une perte d'intérêt et des sentiments négatifs.

L'anxiété chez Fares marque une présence d'une sensation de tension, du stress de peur et aussi de panique.

A partir des réponses du patient et après l'examen de sources obtenues nous sommes arrivés à un résultat de 19 points, qui signifie que Fares présente une anxiété légère à modérer.

Les cas qui présentent une anxiété modérée à grave : Hassiba, Zakia.

L'anxiété chez Hassiba se manifeste par des symptômes psychiques tels que la tristesse, sensation de peurs, de malaise ; des pleurs... et aussi des symptômes somatiques on remarque une présence de fatigue ; Tachycardie, vertige et d'après les réponses de la patiente et les résultats de l'échelle d'Hamilton on est arrivé à un résultat de 25 points qui signifie que Hassiba présente une anxiété modérée à grave.

Zakia manifeste plusieurs symptômes anxieux qui se caractérisaient par une tristesse, fatigue, pleurs ; peur ; de mourir, liée à son atteinte, cette anxiété a été engendrée par sa maladie qui présente un changement radical.

D'après l'analyse de l'échelle d'Hamilton Zakia souffre d'une anxiété modérée à grave, le score est 25 points.

Les cas qui présentent une anxiété majeure : Omar et Ibtissam.

L'anxiété d'Omar est causée par sa maladie et ses séances de dialyse, et même aggravée par des problèmes sociaux et familiaux.

Elle se manifeste par des symptômes psychiques inquiétude, du mal à s'endormir, sensation des peurs, et même des symptômes physiques tels que : l'épuisement, manque d'appétit des douleurs, manque de constipation.

Les résultats obtenus de l'échelle est de 34 points, Ce qui signifie que Omar présente **une anxiété majeure**.

L'anxiété chez Ibtissame se manifeste par des symptômes physiques tels que : la fatigue, trouble de sommeil, une dégradation de fonctionnement urinaire, difficulté à se concentrer ; vertige, mais aussi par des symptômes psychiques tels que : des inquiétudes des pleurs facile ; la peur inexplicable un malaise ; l'isolement.

D'après l'échelle d'Hamilton, on est arrivé à un score de 31 points ce qui veut dire Ibtissame présente **une anxiété majeure**.

Deuxième hypothèse :

Le degré de l'anxiété chez les sujets hémodialysés varie d'une personne à une autre.

Cette deuxième hypothèse a été confirmée par nos six cas.

A partir de l'analyse de l'entretien et de l'échelle d'anxiété d'Hamilton on a constaté premièrement un bouleversement psychique et d'anxiété.

Et deuxièmement le degré de l'anxiété chez les sujets hémodialysés varie d'une personne à une autre, et a été confirmé chez tous les sujets avec des degrés différents d'un sujet à un autre, elle est confirmée chez 02 cas (Fares/ Hafid) avec un score de 19 à 20 points ceci affirme que ses hémodialysés ont une anxiété légère.

Et aussi cette hypothèse confirmée chez les 02 cas (Hassiba/ Cherifa) avec un score de 25 points, ceci affirme que elles présentent une anxiété modérée à grave.

Et cela peut être lié au début de la maladie et de la gravité. Leurs séances de dialyse font la cause de l'anxiété et de l'inquiétude.

Et confirmé aussi chez les 02 derniers cas (Omar et Ibtissame) avec un score supérieur à 30 points ce qui affirme qu'ils présentent une anxiété majeure.

De ce fait, les résultats obtenus de l'échelle d'Hamilton et aussi que les données recueillies auprès des patients hémodialysés durant notre entretien nous permettent de confirmer nos hypothèses.

Conclusion

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

Dans le cadre de notre recherche intitulé « **l'anxiété chez les personnes hémodialysés** » nous avons tenté de démontrer l'influence de l'IRC sur l'émergence de l'anxiété et le changement que peut percevoir cette maladie et le degré de l'anxiété des patients, pour cela nous avons choisi la méthode clinique qui développe essentiellement l'histoire du sujet, elle est une interface entre des pratiques et des connaissances diversifiées qui prennent en compte les différents aspects de l'individu.

En effet apprendre que l'on est atteint d'insuffisance rénale chronique terminale et que le traitement est à vie est souvent vécu comme un traumatisme psychologique, responsable d'un mal-être et de l'impression que n'y a pas d'avenir, et que la vie s'arrête. Cette maladie et son traitement lourd ont de graves répercussions sur la vie quotidienne des patients, notamment sur le plan physique, psychique et social.

Pour la vérification de nos hypothèses de recherche nous avons opté pour la méthode clinique basée sur les observations et l'analyse du discours des patients. Cette dernière permet une compréhension approfondie des sujets ; elle se caractérise également par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas.

Durant l'entretien accompagné d'observation clinique pour avoir des informations et la collecte des données à partir des comportements et en dernier lieu nous avons appliqué l'échelle d'Hamilton pour évaluer et mesurer l'état anxieux de chaque cas. Ces outils d'investigation nous ont servi pour la confirmation de nos hypothèses.

Cette recherche nous a permis d'arriver à certain résultat :

- L'intensité de l'anxiété chez les insuffisantes rénales chroniques au stade terminal varie d'un cas à un autre.
- La maladie d'insuffisance rénale provoque des changements dans les milieux de vie des patients (familial, social et psychique).

Cette étude nous a appris le rôle primordial que peut jouer l'environnement familial, amical et médical des patients hémodialysés, le malade pour qu'il suive son traitement, surtout les séances d'hémodialyse, même les amis jouent aussi un rôle dans la vie de malade, la prise

Conclusion

en charge psychologique et médicale et très importante pour le patient, puisque cette maladie elle touche les deux coter physique et psychique.

Enfin, nous avons beaucoup appris par l'apprentissage, elle nous a donné occasion de découvrir le lien de travail, ainsi qu'une chance de pratiquer dans notre domaine qu'est la psychologie clinique, d'après cette recherche ça reste une bonne expérience pour nous, on a vraiment profité pour trouver des réponses à nos questions.

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

Bibliographie

Liste bibliographie

Ouvrage:

- 01- American psychiatric Association (DSM-IV) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4eme édition (version internationale, Washington DC, 1995), Traduction Français par Guelefi J-D et AL. Paris. Masson, 1999.
- 02- Boubchir, A. (2004), Monographie sur l'insuffisance rénale chronique, Alger.
- 03- Bénony, H, Chahraoui, K. (2005). L'entretien clinique, France- Dound.
- 04- Benabadj, M. (2005). La maladie rénale préface. Edition Beni Messousse. Alger.
- 05- Bernier J.P et Simard T. (2007), « Mise à jour dans le traitement des troubles anxieux » In pharmactuel, volume 40. N4.p.205.
- 06- Bouvard (M) et Cttraux (J), protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, Paris, 3, édition Masson, 2003.
- 07- Bruchon Schweitzer (M), psychologie de la santé modèles, concepts et méthodes, Paris, édition Dumond. 2002.
- 08- Dominique Joly, (2008). Néphrologie. Edition vernzobers-Gregio.
- 09- Debray Q, Grager B. et all. (2010), psychologie de l'adulte.Paris.4ème éd Elsevier Masson.
- 10- Ey Henry. Etude psychiatrique voll, tom1, Grehey. Paris.2006.
- 11- Graziani (P), Anxiété et trouble anxieux, Paris, édition Nathan/vuef. 2003.
- 12- Le febvre.G. (2005). Aspect psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux. Dialysés et transplantés rèperè à.
- 13-
- 14- Le Naour R, trouble anxieux : diversité des approches théoriques l'information psychiatrique, vol.83, N°9,2007.
- 15- MC. Hardy Baylé et coll. (2003), enseignement de la psychiatrie éd Masson. Paris.
- 16- Organisation mondiale des troubles du comportement (10^{eme}. Ed). Paris. France : Masson.
- 17- Olmer, M. (2007). Vivre avec une maladie des reins : dialyse et transplantation rénale. Lion.
- 18- Pedinielli, J-L. (2005). L'observation clinique et étude de cas. Paris, France : tout le savoir 123.
- 19- Pallazole, J. (2007) Dépression et anxiété. Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. Paris. Ed Elsevier. Masson SAS.
- 20- Pallot, g.et Augendre, L. (2009). Travaux pratiques. Traitement de l'insuffisance rénale. Edition Montreuil.

Liste bibliographie

- 21- Radermacher, L. (2004). Guide pratique d'hémodialyse.
- 22- Robert, L Coll. (1999). Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale. Paris : Masson.
- 23- Sweringen, P-L. (1999). Guide dépoche des soins médicaux chirurgicaux. Paris : BERTI.

Articles :

- 24- Currat et Despland, existe –t-il une approche d'inspiration psychanalytique (B) spécifiquement adaptée au troubles anxieux ? érudit, vol. 29, N°1, 2004.

Reuves :

- 25- Dartier (J-F), le dictionnaire des séances humaines, édition France,2004.
- 26- Hittenschwiler J. Hock P. (2002), trouble de l'anxiété et traitement in Forum, Med Suisse, Volume. N°07. pp. 152.

Dictionnaires :

- 27- Que vau villier, J. (2009). Dictionnaire médicale. (6eme éd). Ilalie. Edition Masson.
- 28- Nourdin, e. et Grumbach, N. (2000). Larousse médical.
- 29- Dictionnaire le Robert illustre en couleur. (2000). Paris, éd du club France loisirs.

Site Internet:

- 30- Templat. PDF
- 31- <https://www.stressanxiété.fr/2/les-causes> de-1-axiété-html.

Annexe

Annexe

ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE :

1. Humeur anxieuse

Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension

0-le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude

1. que le /la patient(e) soit plus irritable ou se sent moins sûr de lui /d'elle que d'habitude est peu claire.

2. le / la patient(e) exprime plus clairement qu'il/qu'elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension, ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler, néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).

3. quelque fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4. le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de patient(e).

2. tension nerveuse

Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

0. le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu que l'habitude.

1. le/la patient(e) semble quelque peu plus nerveux et tendu que d'habitude.

2. le/la patient(e) dit clairement d'être incapable de se détendre et est rempli d'agitation intérieure, qu'il/qu'elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

3. l'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de patient(e).

4. les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie quotidienne

3. Craintes

Cet item inclut les craintes d'être dans une foule, des animaux, d'être dans les lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. il est important de noter s'il y a eu des avantages d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

0. absentes

1. il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

2. le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

3. surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne du/de patient(e).

4. l'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne du/de patient(e).

Annexe

4. Insomnie

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

0. durée et profondeur du sommeil habituelles.

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

2. la profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbé.

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

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

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

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

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

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

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

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

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

6. Humeur dépressive

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

0. Absente

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

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

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

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

Annexe

7 .symptômes somatiques généraux musculaires :

faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, située de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur de la mâchoire ou à la nuque.

0. Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux (se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.
1. Le/la patient(e) semble éprouve un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.
2. Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.
3. Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à certain point avec la vie quotidienne du/de la patient(e).
4. Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

8 .symptômes somatiques généraux sensoriels :

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

0. Absent
1. il n'est pas claire si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.
2. Les sensations de pression sont fortes ou point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillement de la peau.
3. Les symptômes sensoriels en générale interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne du/de la patient(e).
4. Les symptômes sensoriels sont présents de la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

9. symptômes cardio-vasculaires :

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

0. Absent.
1. Leur présence n'est pas claire.
2. Les symptômes cardio-vasculaires sont présent, mais le/la patient(e) peut les contrôler.
3. Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.
4. Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec sa vie quotidienne.

Annexe

10. symptômes respiratoires

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

0. Absents

1. présence peu claire.

2. Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capables de les contrôler.

3. Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler

Les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

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

11. symptômes gastro-intestinaux

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

0. Absents .

1. Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

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

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

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

12. symptômes urinaires et génitaux

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

0. Absents

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

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

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

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

Annexe

13. autres symptômes du SNA

cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges.

0. Absents

1. Présence peu claire.

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

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

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

14. comportement pendant l'entretien

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

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

1. Il n'est pas claire si le/la patient est anxieux (se).

2. Le/la patient(e) est modérément anxieux (se).

3. Le/la patient(e) est modérément anxieux (se) de façon marquée.

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

<17 : légère

18-24 : légère à modérée

25-30 : modéré à grave

Remarque:

l'échelle d'Hamilton est souvent surévaluée dans les maladie qui s'accompagne de nombreux trouble fonctionnels comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie.

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