



*Université Abderrahmane mira de  
Bejaia Faculté des Sciences Humaines  
et Sociales Département des Sciences  
Sociales*

# *Mémoire de fin de cycle*

En vue d'obtention du diplôme de Master II en Psychologie

*Option* : Psychologie Clinique

*Thème*

*L'anxiété chez les malades atteints de  
cardiopathie sévère (infarctus du  
myocarde)*

*Etude clinique à l'hôpital Akloul Ali Akbou- Bejaia*

***Réalisé par:***

Mlle. KESSAI Zahra

Mlle. KHERAZ Yasmine

***Dirigé par:***

Dr. LAOUDJ Mabrouk

**Année universitaire 2019/2020**

# ***Remerciement***

*Nous adressons en premier lieu notre remerciements à ALLAH de nous avoir donné la santé, la volonté, le courage et la patience pour réaliser ce travail.*

*Nous remercions notre encadreur Monsieur LAOUDJ MABROUK pour sa disponibilité durant notre travail.*

*Nous tenons également à remercier les membres du jury, qui sont bien voulu accepter de porter leur jugement sur ce modeste travail que nous souhaitons à la mesure de leur satisfaction.*

*Nous profonds gratitude à Mme. BAUCHE pour leur chaleureux accueil et leur gentillesse au sein du service de Cardiologie du C.H.U de d'AKBOU.*

*On tient également à exprimer un grand remerciement pour les patients cardiaques qui nous fait part de leurs vécus, et aussi tout le personnel médical de l'hôpital pour leur soutien et leur sympathie.*

## *Dédicaces*

*Tout d'abord, je dédie ce modeste travail a mes chers parents aucune dédicace ne serait exprimée mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices, engagements, sentiments et leurs disponibilité pendant toute mon  
Carrière d'étude ;*

*A ma Grand-Mère que j'aime beaucoup : Yemme Touma, une  
langue vie.*

*A mes deux frères : Menad et Mouloud ;*

*A ma petite chère sœur : Ines ;*

*A ma grande sœur : Salwa et son Mari pour leur conseils et  
l'encouragement sans oublie mon petit neveu Salas ;*

*A toute mes Tantes, Oncles, Cousines et Cousins chacun a son nom ;*

*A ma chère Copine Et Binôme : Yasmine et Sa Famille qui je n'oublierai  
jamais les moments qu'on a partagée ensemble.*

*A mes très chères Copines : Narimen, Fatima, Fatiha, Melinda, Célestine,  
Cylia, Katia, Kamilia, Sabah, Fatma, Baya.*

*A tous mes aimes et les personnes que je connais et qui m'a porté aide dont  
je n'ai pas cité les nomes ;*

*Et à toute la promotion psychologique 2020.*

Zahra

## *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail :*

*A la mémoire de ma très chère tante que dieu l'accueille dans son vaste paradis  
A ma grand-mère que dieu la préserve*

*A mon père adoré qui m'a beaucoup aidé et soutenu, qui je le souhaite une très longue vie*

*A ma mère adorée qui m'a aidé dans ma vie et qu'est toujours présente à mes côtés, que je la souhaite une très longue vie*

*A ma très chère sœur Sonia que j'aime beaucoup et son mari, ses enfants Myriam kassim et Naila que j'adore*

*A ma très chère sœur Lydia que j'aime beaucoup et son mari et son fils Lamine*

*A ma vie ma sœur Nassima et son mari et sa fille Djana que je les souhaite une belle vie*

*A mes chers oncles et chères tantes paternel et maternel*

*A tous mes cousins et cousines, mon petit cousin Lahcene et ma cousine*

*Lara A mes très chères et meilleures copines Lili, Kahina, Samra, Yasmina, Sabrin, Safia, Narimen, Fatima et a un très grand merci a Sabah*

*Que j'aime beaucoup, qui complètes ma vie.*

*A ma chère copine et binôme Zahra on a passé des moments inoubliables.*

*Et a tout les personnes que je connais de près ou de loin.*

Yasmine

## **Table des matières**

**Liste des abréviations**

**Liste des figures**

**Liste des tableaux**

**Introduction**

### **Partie théorique**

#### **Chapitre I : ASPECT MÉDICAL DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE**

Préambule .....	1
1.Généralité sur l'anatomie du cœur.....	1
1.1. Définitions du cœur.....	1
1.2. Les différentes parties du cœur .....	2
1.3. Les valves cardiaques.....	2
1.4. Les pathologies du cœur.....	4
2.L'infarctus du myocarde .....	5
2.1. Définitions .....	5
2.2. Épidémiologie.....	6
2.3. Physiopathologie.....	6
2.4. Étiologie .....	8
2.5. Les facteurs de risques .....	8
2.6. Les complications .....	10
2.7. Diagnostique.....	15
2.8. Formes cliniques .....	16
2.9. Évolution et pronostic .....	17
2.10. Traitement.....	18
Synthèse.....	19

#### **Chapitre II : ASPECT PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE**

Préambule .....	22
1.Présentation de la maladie .....	22

2.Comorbidités psychologiques d'anxiété .....	23
3.L'effet d'anxiété sur la maladie coronaire .....	24
4.Réadaptation après infarctus du myocarde .....	24
5.Prise en charge psychologique .....	25
5.1 Le travail de déni .....	25
5.2 La psychoéducation .....	26
5.3 L'entretien motivationnel.....	27
6.Le rôle de psychologue dans le service de cardiologie .....	27
Synthèse.....	28

### **Chapitre III : L'ANXIÉTÉ**

Préambule .....	30
1.Premières descriptions médicales de l'anxiété .....	30
2.Définitions de l'anxiété .....	31
3.Prévalence et épidémiologie .....	32
4.Distinctions entre anxiété, angoisse, dépression et la peur .....	33
5.Les états anxieux.....	34
5.1. L'anxiété- trait .....	34
5.2. L'anxiété- état.....	34
6.L'anxiété, du normal au pathologique .....	34
7.Les approches théoriques de l'anxiété .....	35
8.Les mécanismes d'anxiété .....	36
8.1. La peur.....	36
8.2. Bug du système d'alerte .....	37
9.Les différents troubles anxieux.....	37
9.1. Trouble anxiété généralisé (TAG).....	37
9.2. Trouble de panique .....	37
9.3. La phobie sociale.....	38
9.4. Phobie spécifique.....	38
9.5. Le trouble obsessionnel compulsif (TOC).....	38
9.6. L'agoraphobie .....	39
9.7. Etat de stress post-traumatique .....	39
10.La symptomatologie anxieux.....	39
10.1. Symptômes psycho-comportementaux .....	39

10.2. Symptômes somatiques.....	40
11. Les causes d'anxiété.....	41
12. L'évaluation de l'anxiété.....	41
13. Traitement et prise en charge de l'anxiété .....	42
13.1 Prise en charge médicamenteuse.....	42
13 .2. Prise en charge non médicamenteuse.....	44
Synthèse.....	47
<b>Problématique et hypothèses.....</b>	<b>49</b>

### **Partie pratique**

## **Chapitre IV : METHODOLOGIE DE RECHERCHE**

Préambule .....	57
1.Les méthodes de la recherche .....	57
1.1. Méthode de recherche .....	57
1.2. La pré-enquête .....	57
1.3. La démarche utilisée .....	58
2.Présentation du lieu de recherche .....	60
2.1 Les services de l'hôpital d'Akbou .....	61
2.2 Déroulement de la recherche.....	61
3.La présentation de la population d'étude .....	62
4.La présentation des techniques utilisées .....	63
4.1 L'entretien de recherche.....	63
4.2 Présentation de l'échelle d'Hamilton.....	65
Synthèse.....	68

## **Chapitre V : PÉSENTATION, ANALYSE DES CAS ET DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE**

Préambule .....	71
1.Présentation et analyse des cas de la recherche.....	71
2.Discussion d'hypothèse.....	92

<b>Conclusion.....</b>	<b>97</b>
<b>La liste des références bibliographiques .....</b>	<b>100</b>

### **annexes**

## La liste des abréviations

- **AMM** : Autorisation de mise sur le marché
- **AVC** : Accident vasculaire cérébral
- **BPCO** : Bronchopneumopathie chronique obstructive
- **CC** : Choccardiogénique
- **CIV** : Communication intervebtrriculaire
- **ECG** : Electrocardiogramme
- **ESV** : D'extrasystoles ventriculaires
- **FdR CV** : Facteur de risque cardiovasculaire
- **FE** : Fraction d'éjection
- **FEVG** : Fraction d'éjection ventriculaire gauche
- **FIV** : Fibrinolyse intraveineuse
- **FV** : Fibrillation ventriculaire
- **HBPM** : Héparine de bas poids moléculaire
- **HDL** : High Density Lipoprotein
- **HNF** : Héparine non fractionnée
- **HTA** : Hypertension artériel
- **HTAP** : Hypertension artériel pulmonaire
- **IC** : Insuffisance cardiaque
- **ICP** : Intervention coronaire percutanée
- **IDM** : Infarctus du myocarde
- **IM** : Insuffisance mitral
- **IV** : Intraveineux
- **IVD** : Intraveineux direct
- **IVG** : insuffisance ventriculaire gauche
- **IVSE** : Intraveineux à la seringue électrique
- **LDL** : Low Density Lipoprotein
- **MC** : Maladie coronaire
- **MC** : maladie coronarienne
- **MCV** : Maladie cardio-vasculaire

- **OCA** : occlusion coronaire aigue
- **OMS** : organisation mondiale de la santé
- **SAMU** : Service d'aide médicale d'urgence
- **SaO<sub>2</sub>** : Saturation artérielle enoxygène
- **SAU** : Service d'accueil des urgences
- **SC** : Sous-cutané
- **SCA ST+** : syndrome coronaire aigu avec sous décalage ST
- **SNA** : Système nerveux autonome
- **TA** : tension artérielle
- **TAG** : trouble d'anxiété généralisé
- **TCA** : Temps de céphalineactivée
- **TOC** : trouble obsessionnel compulsif
- **TV** : tachycardie ventriculaire
- **UI** : Unité internationale
- **USIC** : Unités de soins intensifs cardiologiques
- **VD** : ventricule droit
- **VG** : ventricule gauche

## La liste des figures

<b>Figures</b>	<b>Titres</b>	<b>Pages</b>
<b>N° 1</b>	Les valves cardiaques	<b>3</b>
<b>N° 2</b>	L'infarctus du myocarde	<b>5</b>
<b>N° 3</b>	Physiopathologie de l'infarctus du myocarde	<b>7</b>

## La liste des tableaux

<b>Tableaux</b>	<b>Titres</b>	<b>Pages</b>
<b>N° 1</b>	Tableau récapitulatif de notre population d'étude	<b>61</b>
<b>N°2</b>	Résultats d degré d'anxiété de notre population d'étude	<b>63</b>
<b>N°3</b>	Résultats d'échelle Hamilton du Cas N° 01	<b>125</b>
<b>N°4</b>	Résultats d'échelle Hamilton du Cas N° 02	<b>126</b>
<b>N°5</b>	Résultats d'échelle Hamilton du Cas N° 03	<b>127</b>
<b>N°6</b>	Résultats d'échelle Hamilton du Cas N° 04	<b>128</b>

# *Introduction*

Les maladies cardiovasculaires sont les premières causes de mortalité dans le monde. Elles provoquent 17.1 millions de décès par année, dont 7.2 millions seraient dus à une cardiopathie coronarienne telle que l'infarctus du myocarde (Organisation mondiale de la santé OMS, 2011).

Les maladies cardio-vasculaires sont caractérisées généralement par un dysfonctionnement de processus d'irrigation du cœur par les artères coronaires, mais peuvent directement se traduire par une défaillance du muscle cardiaque.

L'infarctus du myocarde communément appelé crise cardiaque désigne une nécrose ischémique du muscle cardiaque due à un rétrécissement de la lumière des artères coronaires, cette maladie est généralement causée par l'athérosclérose qui implique l'accumulation de dépôts de graisses qui durcit et rétrécit les artères, qui peut mener vers l'angine de poitrine une douleur aigue dans la poitrine.

Les principaux facteurs de risque liés à cette maladie sont le tabagisme, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle et la surcharge.

L'infarctus du myocarde est plus fréquent chez les hommes que les femmes, touche aussi plus les milieux défavorisés et les personnes de grand niveau de responsabilité.

L'infarctus du myocarde entraîne habituellement de lourdes conséquences non seulement sur la santé physique du patient mais aussi sur la santé psychologique, la première réaction psychologique survenue après un infarctus du myocarde est l'anxiété, manifestera par des symptômes et des comportements.

Le thème de notre recherche « l'anxiété chez les malades atteints de cardiopathie sévère - Infarctus du myocarde - », le choix de thème est motivé par de différents objectifs :

-Sensibiliser les médecins généralistes et cardiologues sur l'état psychologique du patient ayant subi un infarctus du myocarde et l'importance de la prise en charge psychologique.

-d'effectuer un dépistage sur l'anxiété chez les patients souffrant de l'infarctus du myocarde.

-d'évaluer le degré de l'anxiété chez les patients ayant subi de l'infarctus du myocarde qui sont hospitalisés au service cardiologie.

On s'est déplacé à l'hôpital de Akbou nommé « Akloul Ali » pour se mettre face aux patients qui ont subi un infarctus du myocarde au service cardiologique.

Le plan de travail que nous présentant est structurés de deux parties fondamentales, dont la première est la partie théorique et la deuxième est la partie pratique.

D'abord, nous avons commencé par une introduction. Ensuite par la partie théorique qui se compose de trois chapitres : le premier chapitre est focalisé sur généralité de l'anatomie du cœur et Infarctus du myocarde, dans lequel nous avant donné des définitions médical du cœur, on a citez les différents parties du cœur et les valves cardiaques ainsi les pathologies du cœur, si après cela qu'on a élargie dans la maladie de l'infarctus du myocarde on approuver avec quelques définitions, l'épidémiologie, la physiopathologie, l'étiologie, les complications médical et le diagnostic médical aussi, puis les formes cliniques, l'évolution et pronostic après le traitements.

Le deuxième chapitre est centré sur l'aspect psychologique, dans lequel nous avons présenté la maladie, Comorbidités psychologique (anxiété), après l'effet d'anxiété sur la maladie coronaire, puis réadaptation après un infarctus et la prise en charge psychologique et le rôle du psychologue dans le service de cardiologie.

Le troisième chapitre est focalisé sur l'anxiété, dans lequel on a débuté par la première description médical de l'anxiété, ensuite quelques définitions de l'anxiété et la distinction entre l'anxiété ; l'angoisse ; la dépression et la peur, les états d'anxiété ainsi l'anxiété du normal au pathologique, les approches théoriques, mécanismes d'anxiété, les différents troubles anxieux, la symptomatologie anxieux, et les causes de l'anxiété, l'évaluation de l'anxiété puis traitement et prise en charge de l'anxiété.

On a enchainé la partie théorie par notre problématique et notre hypothèse ainsi opérationnalisations des concepts.

Dans la deuxième partie, c'est la partie pratique qui se compose de deux chapitres :

Un chapitre se porte sur le cadre méthodologique que nous avons suivi durant notre travail, dans lequel on a opté la méthode qualitative descriptive, présentation du

lieu et groupe d'étude, les outils de recherche.

L'autre chapitre se porte sur l'analyse des cas suite au guide d'entretien et l'échelle de l'anxiété d'Hamilton, et discussion des hypothèses.

Enfin, on termine avec une conclusion générale pour notre thématique, suivi de la liste des références et des annexes.

# *Partie théorique*

*Chapitre I*  
Aspect médical de  
l'infarctus du  
myocarde

**Préambule**

Tout problème de santé qui affecte la structure ou le fonctionnement du cœur est une maladie du cœur. On croit parfois à tort qu'il n'en existe qu'un seul type, alors qu'en fait, les maladies du cœur sont nombreuses donc les causes sont diverses.

Dans ce travail nous allons d'abord parler sur l'anatomie générale du cœur, ces différentes parties, et ensuite les pathologies qu'il présente, ils peuvent être classés notamment selon la façon dont ils affectent le cœur et parmi ces pathologies l'infarctus du myocarde.

L'infarctus du myocarde symptôme et physiopathologique de la crise cardiaque vient de la maladie coronarienne d'infarctus ou l'angine de poitrine, ce réfère au manque d'oxygène et provoque la mort des tissus. Dans ce chapitre on va étudier les complications de l'infarctus, ces formes et ces facteurs, et même ces conséquences psychologiques du patient, et on termine avec un traitement médical et prise en charge psychologique.

**1. Généralité sur l'anatomie du cœur****1.1.Définitions du cœur**

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

Le cœur est un organe musculaire creux qui a une forme conique constituant le centre moteur de l'appareil circulatoire. Son cycle physiologique – la révolution cardiaque – comprend trois phases : la systole auriculaire consistant en une contraction des oreillettes à laquelle correspond la diastole ventriculaire, au cours de laquelle le sang passe des oreillettes aux ventricules respectifs ; la systole ventriculaire qui détermine la fermeture des valves auriculoventriculaires et l'émission du sang dans la circulation générale. Le repos du cœur intervient au cours de la dernière phase (diastole). (Beaume. S. 2014, p. 93).

Ainsi le cœur constitué de 4 chambres. Les deux chambres supérieures du cœur sont appelées les oreillettes, tandis que les deux chambres (pompes) inférieures sont

appelées les ventricules. Le cœur est aussi séparé en deux parties : la droite (cœur droit) et la gauche (cœur gauche). Chacune comprend donc une oreillette et un ventricule. Le mur qui sépare les oreillettes et les ventricules en cœur droit et cœur gauche est appelé le septum.

## **1.2. Les différentes parties du cœur**

**1.2.1. Le cœur droit :** associe l'oreillette et le ventricule droits, et chargé de propulser le sang désoxygéné, par l'artère pulmonaire et ses branches, jusqu'aux poumons (petite circulation).

**1.2.2. Le cœur gauche :** associe l'oreillette et le ventricule gauches, recueille le sang oxygéné venant des poumons et le propulse, par l'aorte et ses branches, dans tout l'organisme (grande circulation).

**1.2.3. Les oreillettes :** reçoivent le sang désoxygéné par l'intermédiaire des veines caves inférieure et supérieure, pour l'oreillette droite, et le sang oxygéné par les 4 veines pulmonaires pour l'oreillette gauche. Les oreillettes sont séparées par une cloison, le septum inter auriculaire.

**1.2.4. Les ventricules :** envoient le sang dans les artères. Le droit, triangulaire et peu épais communique avec l'artère pulmonaire, dont il est séparé par la valvule pulmonaire, formée de 3 valves sigmoïdes. Le gauche, de forme ovoïde et plus épais que le droit, communique avec l'aorte, dont il est séparé par la valvule aortique, composée de 3 valves sigmoïdes. Les ventricules sont séparés par une cloison musculaire, le septum inter ventricule. (<http://www.larousse.fr>, 24/03/2020).

## **1.3. Les valves cardiaques**

Sont dues à un rétrécissement ou à une insuffisance (fermeture incomplet) d'une des valvules cardiaques (valvule mitrale, tricuspide, aortique et pulmonaire). (Ibid, p. 16).

**1.3.1. Les valvules mitrales :** situées entre l'oreillette gauche et ventricule gauche.

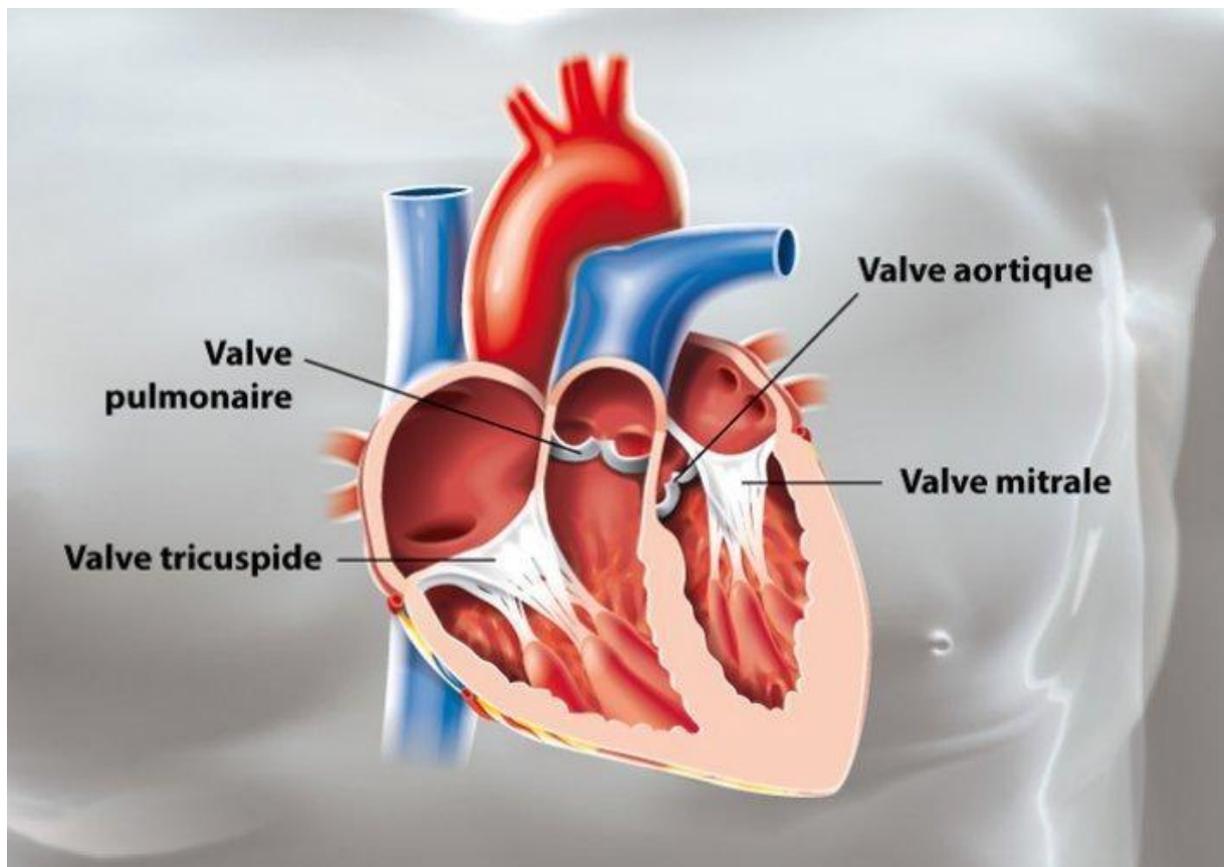
Celle-ci entraîne un reflux anormal de sang du ventricule gauche vers l'oreillette gauche lorsque le ventricule se contracte.

Elle résulte d'un défaut de fermeture de la valve mitrale qui est généralement occasionné par des lésions progressives de l'appareil valvulaire mitrale.

**1.3.2. Les valves tricuspides :** entre l'oreillette droite et le ventricule droit.

**1.3.3. Les valves aortiques :** entre le ventricule gauche et l'aorte, la valve aortique est caractérisée par une fuite au travers de la valve lorsque celle-ci est fermée, ceci occasionnant un retour du sang de l'aorte vers le ventricule gauche, entraînant progressivement sa dilatation et une perte de sa fonction qui est irréversible.

**1.3.4. Les valves pulmonaires :** entre le ventricule droit et l'artère pulmonaire.([www.chirurgien-cardiaque.com](http://www.chirurgien-cardiaque.com)).



**Figure 1 :** les valves cardiaques.

### 1.4. Les pathologies du cœur

**1.4.1. L'insuffisance cardiaque :** l'insuffisance cardiaque est l'incapacité du cœur à assurer, à l'effort ou au repos, un débit cardiaque suffisant et nécessaire au bon fonctionnement des différents organes. Les symptômes de cet état comprennent une congestion du système cardiovasculaire, de la faiblesse, un essoufflement, des malaises abdominaux et un œdème affectant les membres inférieurs. (Marc. J, 2006, p.85).

**1.4.2. Cardiopathie ischémique :** consiste principalement en un infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque). L'ischémie est interruption de l'apport de sang oxygéné dans les tissus et les organes. Une cardiopathie ischémique est donc une insuffisance coronaire provoquée par une sténose (rétrécissement) ou une occlusion des artères coronaires qui sont les artères du cœur. Une sténose lors d'un effort ou le muscle cardiaque travaille plus et a donc besoin de plus d'oxygène ne permet pas d'apporter suffisamment de sang et donc d'oxygène. L'infarctus aigu du myocarde est une manifestation brutale d'une cardiopathie ischémique caractérisé par une nécrose du myocarde due à la formation d'un caillot dans le réseau artériel obstruée. L'angine est une douleur à la poitrine ou un malaise provisoire provoqué par un approvisionnement réduit en sang au muscle cardiaque. (Marc. J, 2006, p53).

**1.4.3 Hypertension artérielle :** L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) est une maladie rare, secondaire à un processus pathologique touchant de façon assez diffuse les artères de petit calibre et les artéioles du lit vasculaire pulmonaire. Ce processus entraîne une augmentation de la résistance à l'écoulement sanguin et donc une augmentation de la pression dans l'ensemble des artères pulmonaires. L'HTAP est une forme particulière d'hypertension pulmonaire (HTP) dont il existe de nombreuses autres formes physiopathologiques et étiologiques qui ont été classées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). (Isnard. R, Lacroix. D, 2015, p.283).

**1.4.4. L'Athérosclérose :** Association variable de remaniements de l'intima des artères de gros et moyen calibre, consistant en une accumulation focale de lipides, de glucides complexes, de sang et de produits sanguins, de tissu fibreux et de dépôts calcaires, le tout s'accompagnant de modifications de la média. (Isnard. R, Lacroix. D, 2015, p.4).

**1.4.5. L'infarctus du myocarde :** ce type de pathologie sera l'objet de notre

recherche, dans ce mémoire.

## 2. L'infarctus du myocarde

### 2.1.Définitions

L'infarctus du myocarde est défini comme une diminution de l'apport en oxygène aux cellules du muscle du cœur, responsable de la mort (nécrose) de ces cellules et donc de la destruction d'une partie du muscle cardiaque. Le myocarde est vascularisé par les artères coronaires. Lorsque celles-ci se bouchent (caillot, thrombose ou spasme), le myocarde ne reçoit plus de sang et manque d'oxygène. La gravité de l'infarctus tient surtout à son étendue : plus l'artère obstruée irrigue une zone importante, plus l'infarctus est grave. C'est une maladie malheureusement très fréquente, qui prédomine chez l'homme et apparaît en priorité chez les sujets ayant des facteurs de risque cardiovasculaires tels que l'obésité, le diabète, un taux élevé de cholestérol et l'hypertension artérielle. (Marc. J, 2006, p.65).

Selon (**Guidelines Esc 2012**) définit l'IDM par une nécrose myocardique dans un contexte clinique évocateur d'ischémie myocardique aiguë. En effet, toute élévation de la troponine IC ou TC (au-delà du 99ème percentile) reflète une nécrose cellulaire myocardique irréversible. Lorsque cette nécrose est d'origine ischémique on parle de l'infarctus du myocarde.(Attias. D, Lellouche.N, 2018, p.113).

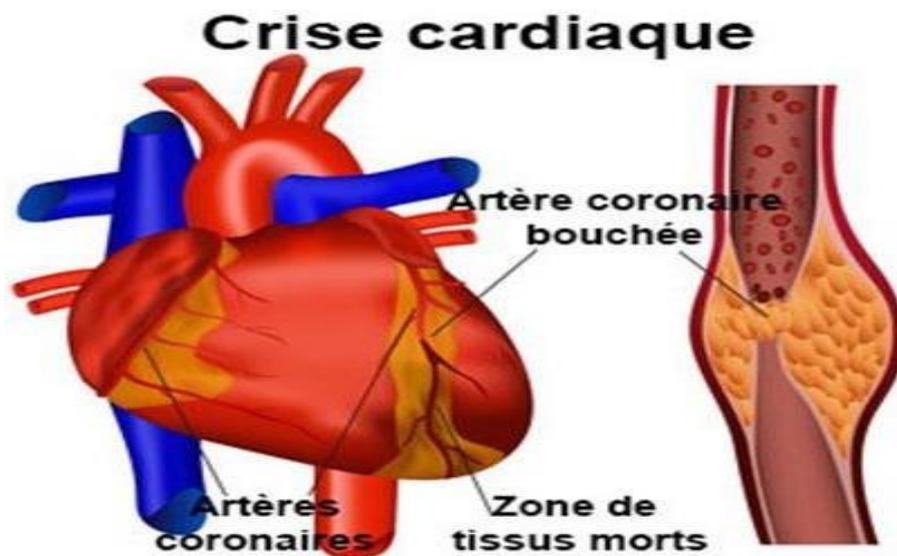


Figure 2 : L'infarctus du myocarde

## 2.2.Épidémiologie

IDM est responsable de la mortalité de 10 à 15 % de la population adulte en France et son incidence est évaluée entre 50 000 et 100 000 nouveaux cas annuels. Avec les thérapeutiques modernes, la mortalité hospitalière de l'infarctus aigu est tombée de près de 15% à moins de 6%.

La mort subite pré hospitalière est difficile à chiffrer. Dans l'année qui suit l'hospitalisation, le taux de décès est de 10% et l'année suivante de 4% les trois principales causes de mortalité sont les troubles de rythme graves, l'IC et la récurrence d'infarctus.

La prévention de l'infarctus dans les prochaines décennies devant porter ses fruits, grâce à l'utilisation judicieuse des méthodes de prévention primaire et secondaire de l'athérosclérose, de ses facteurs de risque et de ses complications. (Jan.F, 2005, p.51).

## 2.3.Physiopathologie

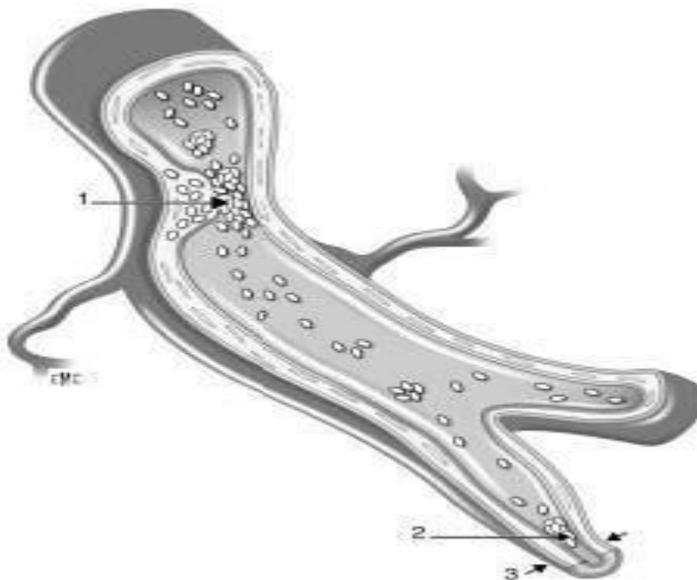
**2.3.1. Accident vasculaire coronaire athéromateux occlusif :** la rupture ou fissuration ou ulcération d'une plaque athéromateuse vulnérable induit une réaction thrombotique locale. Le thrombus est initialement plaquettaire non occlusif ; en devenant fibrinocruorique, son volume augmente rapidement jusqu'à occlure l'artère. Il reste souvent localisé et fixé au niveau de la lésion artérielle, mais peut s'étendre en amont ou en aval de la lésion causale et se fragmenter pour migrer vers le réseau capillaire, en particulier sous l'effet de traitement.

**2.3.2. Occlusion coronaire aiguë (OCA) responsable d'une anoxie myocardique :** l'anoxie prolongée est responsable de nécrose progressive du myocarde concerné qui s'étend progressivement, tel un « front de vague ». Elle peut être ralentie :

- Si le myocarde à risque est alimenté par une circulation collatérale (communication entre l'artère occluse et une artère saine) ; où
- S'il est préparé (pré conditionné) : le myocarde tolère une ischémie prolongée lorsqu'il est soumis régulièrement à des épisodes ischémiques transitoires avant la survenue de l'occlusion aiguë.

Dans tous les cas, le segment à risque est totalement nécrosé au bout de 12 heures, et la plus grande partie l'est dans les deux premières heures suivant l'occlusion.

L'ischémie aigüe induit une akinésie du segment concerné et, en réaction compensatrice, une hyperkinésie transitoire des segments controlatéraux qui limite la baisse de la fraction d'éjection (FE) globale de ventricule gauche (VG).



**Figure 3 :** physiopathologie de l'infarctus du myocarde

L'akinésie est en partie réversible (phénomène de sidération) si le myocarde est rapidement reperfusé. L'hyperkinésie compensatrice n'est observée qu'en l'absence de lésion critique au niveau du réseau coronaire non soumis à l'anoxie aigüe. L'existence de lésion sévère proximale est un facteur de complication hémodynamique (choc cardiologique). En l'absence de reperfusion, l'akinésie persiste (nécrose) alors que l'hyperkinésie réactionnelle s'atténue, participant à la réduction secondaire de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) et à la dilation de VG (remodelage) responsables d'une insuffisance cardiaque chronique (manifestation clinique de la dysfonction ventriculaire gauche). L'altération du VG favorise la survenue tardive de troubles du rythme ventriculaire sévère.

L'akinésie peut évoluer vers la dyskinésie (contraction paradoxale) et la formation d'un anévrisme ventriculaire gauche. (Isnard. R, Lacroix. D, 2015, P.58-59).

## 2.4.Étiologie

### 2.4.1. Athérosclérose coronarienne

Elle est à l'origine de la presque totalité des IDM, avec ces facteurs de risque habituels, diabète, tabagisme, HTA, surcharge pondérale, stress socioprofessionnel, sexe masculin et âge, etc.

### 2.4.2. IDM sur artères coronaires angiographiquement saines

Elle relève de causes variées :

- ✓ Spasme coronaire (encore que la survenue d'un spasme sur une lésion athéromateuse préexistante même sténosante soit le mécanisme le plus vraisemblable);
- ✓ Thrombose sur lésion préexistante infraclinique où le rôle du tabac (souvent) et des contraceptifs oraux (parfois) est incriminé ;
- ✓ Embolie coronarienne secondaire à une endocriné.

### 2.4.3. Autres étiologies plus exceptionnelles

Sont suivantes :

- ✓ Coronaropathies inflammatoires des maladies de Takayasu, Kawasaki du lupus, de la maladie de Wegener, du Hoton;
- ✓ Coronaropathies congénitales (artère coronaire gauche naissant d'une artère pulmonaire) ;
- ✓ Dissection coronaire ;
- ✓ Traumatisme thoracique ;
- ✓ Complication de coronarographie ou de l'angioplastie coronaire ;
- ✓ Anomalies de transporteur d'oxygène : polyglobulie, thrombocytose, drépanocytose homozygote Coronarite radique. (Jan.F, 2005, p.54-55).

## 2.5.Les facteurs de risques

### 2.5.1. Facteurs de risque non modifiable

- **Age** : homme de 50 ans ou plus ; femme de 60 ans ou plus.
- **Sexe masculin** : avant 65-70 ans, les hommes sont beaucoup plus exposés aux

événements cardiovasculaires.

- **Hérédité= antécédents familiaux d'accident cardiovasculaire précoce:**

- Infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du 1<sup>er</sup> degré de sexe masculin.

- Infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1<sup>er</sup> degré de sexe féminin. (Attias. D, Lellouche. N, 2018, p.11).

### 2.5.2. Facteurs de risque modifiable

- **Tabagisme** : facteur de risque majeur. 80% des patients présentant un IDM avant 45 ans sont fumeurs. Ce que l'on sait : effets irritants et/ou toxiques des composants de la cigarette bien moindres que ceux liés à la fumée du tabac. (David.A, Nicollas.N, 2018, p.13-15).

- **Hypercholestérolémie** : L'hypercholestérolémie est la dyslipidémie la plus fréquente. En France, elle touche plus de 37% des adultes âgés de 35 à 64 ans. La morbi- mortalité CV est associée à : une augmentation du LDL-cholestérol ; une augmentation des triglycérides (TG) ; une diminution du HDL-cholestérol. (David.A, Nicollas.N, 2018, p.15-16).

- **HTA** : C'est un facteur de risque de toutes les complications de l'athérome (coronaire, membres Inférieurs), mais tout particulièrement des accidents vasculaires cérébraux (85% sont hypertendus). (Attias. D, Lellouche. N, 2018, p.15).

- **Diabète** : le diabète est un facteur de risque de complications macro vasculaires (maladie coronaire, AVC), surtout s'il est associé à d'autres FdRCV.

En prévention primaire, tout patient diabétique doit être considéré comme un patient à haut risque cardiovasculaire. (Attias. D, Lellouche. N, 2018, p. 16).

- **Obésité abdominale** : Ce syndrome est désormais reconnu comme un facteur de risque cardiovasculaire : il prédispose soit à la survenue d'événements cardiovasculaires, notamment d'origine coronarienne, soit à la survenue d'un diabète de type 2. Cette obésité abdominale est appelée aussi obésité androïde, par opposition à l'obésité gynoïde avec dépôts de graisses dans les cuisses et les fesses. (Attias. D, Lellouche. N, 2018, p.17).

- **Sédentarité** : Entraîne : prise de poids, syndrome métabolique, Risque relatif augmenté x 2-3 chez les patients sédentaires comparativement aux patients actifs.

Intérêt de la réadaptation

cardiaque. Préconiser :

- Exercice physique d'au moins 30 minutes par jour.
- A adapter à l'âge et à l'état général du patient.

### 2.5.3. Autres facteurs de risque :

- Régime méditerranéen, consommation de fruits et légumes.
- Consommation modérée d'alcool : à faibles doses, *l'alcool* (vin surtout) aurait un rôle protecteur sur les coronaires (1 à 2 verres par jour).
- Stress (risque d'IDM induit par le stress = syndrome du Tako-Tsubo). (Attias. D, Lellouche.N, 2018, p.12).

## 2.6. Les complications

### 2.6.1. Complications précoces

#### 2.6.1.1. Troubles du rythme et de la conduction

**A. Troubles du rythme ventriculaire** : Ils sont extrêmement fréquents à la phase initiale d'un infarctus du myocarde (stade du SCA ST+). Et indépendants de l'étendue de la zone ischémique. Par ordre de gravité croissante, il peut s'agir d'extrasystoles ventriculaires (ESV), de tachycardie ventriculaire (TV) non soutenue, de TV soutenue, ou de fibrillation ventriculaire(FV).

C'est la FV qui est responsable de la plupart des morts subites quelques minutes après le début de l'IDM (dont c'est parfois la première manifestation) et avant la prise en charge médicalisée.

Le risque de FV justifie une prise en charge médicalisée (SMUR) dès le diagnostic d'IDM évoqué(en pratique appel du médecin régulateur du Centre 15) et le transfert médicalisé enUSIC (indirect après admission en salle de cathétérisme si une ICP primaire est proposée), permettant la réalisation d'un choc électrique si nécessaire.

Par contre, la survenue d'une TV ou d'une FV à la phase aiguë n'aura pas d'impact sur le pronostic ultérieur et n'augmente pas le risque d'accidents rythmiques ou de mort subite après la phase aiguë.

**B. Troubles du rythme supraventriculaire** fibrillation atriale (et autres troubles du rythme supraventriculaire) peut être à l'origine d'une décompensation hémodynamique ou responsable d'accidents emboliques. L'ischémie aiguë contre-indique l'utilisation des digitaliques.

### **C. Bradycardie sinuosa et troubles de la conduction**

Le plus grave est le bloc auriculoventriculaires (BAV). Il est souvent transitoire dans l'IDM inférieur. A l'inverse, le BAV définitif témoigne de dégâts ventriculaires majeurs et irréversibles dans l'IDM antérieur. Il est en règle mal toléré.

L'hypervagotonie (bradycardie, hypotension artérielle) est fréquente dans l'IDM inférieur et répond à l'atropine et au remplissage macromoléculaire. (Isnard. R, Lacroix. D, 2015, P.65).

#### **2.6.1.2. Complications hémodynamiques**

##### **A. Insuffisance ventriculaire gauche (IVG)**

L'IVG est un facteur de mauvais pronostic à court et moyen terme. Elle peut être la conséquence directe :

- de l'étendue de la nécrose;
- d'une complication mécanique (insuffisance mitrale ischémique communication interventriculaire);
- ou être favorisée par la survenue d'une arythmie.

La sévérité de l'IVG est définie par la classification de **Killip**:

- stade 1 : absence de râles crépitants à l'auscultation pulmonaire (IDM non compliqué : mortalité hospitalière < 10 %);
- stade 2 : râles crépitants aux bases ne dépassant pas la moitié des champs pulmonaires;
- stade 3 : râles crépitants dépassant la moitié des champs pulmonaires (œdème aigu pulmonaire), galop auscultatoire;
- stade 4 : choc cardiogénique. (Isnard. R, Lacroix. D, 2015, P.66).

##### **B. Choc cardiogénique:**

Il se rencontre dans un peu moins de 10% des IDM. Son pronostic est sévère et gravé encore d'une lourde mortalité malgré les techniques actuelles de revascularisation d'urgence en milieu hospitalier, il se caractérise par :

- Chute de la TA (tension artérielle) systolique <90 mm Hg ;
- Signes périphériques de choc traduisant la baisse de perfusion cutanée et rénal :
  - Pâleur, sueurs et refroidissement des extrémités ;
  - Asthénie intense, crampes musculaires ;
  - Tachycardie;
  - Troubles de conscience (agitation);
  - Index cardiaque inférieur à  $2L/min/m^2 > 8mmHg$  et résistances systémiques élevées lors du bilan hémodynamique. (Jan.F, 2005, p.63).

### C. Infarctus du ventricule droit

Elle peut prendre le masque d'un CC mais son traitement est très différent. La triade symptomatique classique associe chez un patient présentant un IDM inférieur ·

- Hypotension artérielle;
- champs pulmonaires clairs;
- turgescence jugulaire.

L'échocardiographie met en évidence une dilatation et une hypokinésie du ventricule droit(VD), une dilatation de l'oreillette droite et une insuffisance tricuspide par dilatation de l'anneau.

L'infarctus du VD est souvent compliqué d'une fibrillation atriale qui compromet l'hémodynamique et doit être rapidement réduite. L'extension au VD contre-indique l'administration de vasodilatateur. (Isnard. R, Lacroix. D, 2015, P66-67).

#### 2.6.1.3. Complications mécaniques

##### A. Rupture de la paroi libre du VC

La rupture aiguë est responsable d'un collapsus avec dissociation électromécanique (activité électrique mais absence de contraction du VG et de pouls), rapidement fatal.

La rupture subaiguë se traduit par une récurrence douloureuse pseudo-angineuse avec élévation du segment ST ou par une hypotension artérielle brutale et prolongée. Les signes de tamponnade apparaissent rapidement, et le diagnostic est confirmé par échocardiographie (hémopéricarde) justifiant un geste chirurgical immédiat.

**B. Rupture septale**

Elle entraîne une communication interventriculaire(CIV).

Elle n'est en général pas inaugurale et apparaît après 24-48 heures d'évolution. Le diagnostic, évoqué devant une complication hémodynamique, est confirmé par l'apparition d'un souffle précordial systolique irradiant «en rayon de roue » (parfois absent) et surtout par l'échocardiographie avec doppler couleur.

**C. Insuffisance mitrale**

Trois mécanismes à l'origine de l'insuffisance mitrale (IM) peuvent être identifiés :

- dysfonction d'un pilier mitral (infarctus inférieur);
- rupture d'un pilier mitral (IM aiguë);
- dilatation de l'anneau mitral secondaire à la dilatation du VG (IM tardive).

La rupture de pilier (muscle papillaire) entraîne une fuite par prolapsus valvulaire et induit une défaillance cardiaque brutale, avec apparition d'un souffle systolique souvent discret.

Le diagnostic est porté par l'échocardiographie. Le traitement est chirurgical (remplacement valvulaire), souvent précédé de la mise en place d'une assistance circulatoire.

**2.6.1.4. Complications thrombotiques****A. Thrombose veineuse et embolie pulmonaire**

Cette complication est actuellement peu fréquente et survient chez les patients dont l'état justifie un alitement prolongé.

**B. Thrombus intra-VG et embolies systémiques**

Le thrombus est dépisté par l'échocardiographie dont la réalisation doit être précoce, en particulier si la nécrose est étendue. Il est plus volontiers retrouvé après IDM antérieur. Il justifie un traitement anticoagulant. La complication embolique la plus grave est cérébrale, l'ischémie étant compliquée d'une hémorragie souvent fatale, favorisée par le traitement anticoagulant.

L'embolie peut être favorisée par une fibrillation atriale. (Isnard. R, Lacroix. D, 2015, P67-68).

### **2.6.1.5. Complications péricardiques**

Le mécanisme de la péricardite compliquant l'IDM étendu peut être hémodynamique, mais un syndrome inflammatoire est habituel et son intensité croît avec l'étendue de la nécrose justifiant le traitement par aspirine forte dose.

La survenue d'une péricardite dans les suites immédiates de la constitution de la nécrose myocardique est fréquente. La péricardite est souvent asymptomatique, parfois se traduisant par une douleur thoracique.

### **2.6.1.6. Complications ischémiques**

La récurrence ischémique elle peut s'exprimer sous la forme d'une récurrence d'IDM, ou crise d'angineuse spontanée. Une ischémie (douloureuse ou silencieuse) peut être induite lors d'une épreuve d'effort. (Isnard. R, Lacroix. D, 2015, P68).

## **2.6.2. Complications tardives**

### **2.6.2.1. Péricardite**

Le tableau de péricardite peut s'accompagner d'un épanchement pleural, d'arthralgies, d'une reprise thermique. Le syndrome inflammatoire est en général important. L'évolution est en règle favorable sous traitement. Le niveau de l'anticoagulation doit être réduit.

### **2.6.2.2. Dysfonction ventriculaire gauche**

La persistance d'une altération de la fonction ventriculaire gauche au décours d'un IDM peut avoir plusieurs causes :

- lésions définitives du tissu myocardique, nécrose puis fibrose;
- anomalie fonctionnelle transitoire répondant à deux mécanismes théoriques:
  - sidération myocardique post-ischémique réversible dans les deux semaines qui suivent l'épisode ischémique (après reperfusion précoce),
  - hibernation myocardique secondaire à une hypoperfusion myocardique chronique (sténose coronaire sévère résiduelle après reperfusion).

### **2.6.2.3. Troubles de rythme ventriculaire**

Les troubles du rythme ventriculaire sévères, tachycardie ou fibrillation ventriculaires de survenue tardive (> 1 semaine) sont d'autant plus fréquents que la nécrose myocardique est étendue, et peuvent être favorisés par une ischémie myocardique

---

résiduelle. (Isnard. R, Lacroix. D, 2015, P68-69).

## 2.7. Diagnostic

L'IDM peut être inaugural ou survenir chez un patient présentant des antécédents coronaires. Il est souvent précédé de crises angineuses récurrentes (angor instable).

Le diagnostic repose avant tout sur l'association de signes cliniques (douleur thoracique) et ECG (sus-décalage de ST). Il doit être posé rapidement et justifie la mise en œuvre immédiate d'une stratégie de reperfusion.

### 2.7.1. Symptômes

- Elle est typiquement angineuse, rétrosternale (début au niveau de la partie médiane ou gauche de précordium) en barre, constrictive, souvent intense, irradiant dans les avant-bras ou les poignets, les mâchoires, le dos ou les épaules.
- Elle peut être accompagnée de signes neurovégétatifs d'accompagnement : sueurs, éructations, nausées, vomissements.
- La douleur peut être atypique : simple brûlure rétrosternale, douleur localisée à l'épigastre (IDM inférieur), aux bras, épaules, poignets, mâchoires, dos, sans être associée à une douleur précordiale. Cependant, la douleur n'est pas influencée par la mobilisation des muscles de la région douloureuse ni par la respiration profonde elle n'est pas provoquée par une mauvaise position.
- La douleur peut manquer (surtout chez les sujets diabétiques). L'IDM est alors découvert tardivement, ou révélé par une complication (trouble du rythme, accident embolique). (Isnard. R, Lacroix. D, 2015, P59).

### 2.7.2. Examen clinique

L'examen clinique est normal en l'absence de complication.

Il est néanmoins systématique à la recherche de complications (insuffisance cardiaque, état de choc...). (Isnard. R, Lacroix. D, 2015, P59).

### 2.7.3. ECG

Sus-décalage du segment ST (onde de Pardee) dans des dérivations correspondant à un territoire cardiaque avec miroir (sous-décalage du ST) dans les dérivations opposées.

---

(Sabbah. L, 2015, P.43).

## 2.8. Formes cliniques

**2.8.1. Formes asymptomatiques :** représentent une entrée particulière relativement fréquente (plus de 10% des cas) en particulière chez le diabétique et le vieillard, de découverte fortuite au cours d'un bilan électrocardiographique.

## 2.8.2. Formes électrocardiographiques

**2.8.2.1 IDM sur bloc de branche gauche :** il est de diagnostic difficile, les signes directs, en particulière l'onde Q étant masquer par le trouble conductif intracardiaque et l'aspect QS habituel de V1 à V3 en cas de BBG complet.

**2.8.2.2. IDM transmural ou IDM non Q :** elle se traduit par l'absence d'onde Q de nécrose, et la présence d'anomalies sous forme de négativation de l'onde T, ou de courant de lésion sous- endocardique (infarctus endocardique), le diagnostic reposant alors sur l'élévation significative des enzymes cardiaque.

**2.8.2.3. IDM du ventricule droit (VD) :** il se traduit par un aspect d'onde d'en dôme en V3R et V4R, associée à des signes direct d'IDM en déviation inférieure.

## 2.8.3. Forme selon le terrain

**2.8.3.1. Infarctus de la femme :** chez la femme, l'infarctus est moins fréquent chez l'homme, dans le rapport de 1/5 environ. En outre la survenue est plus tardive, en pratique après la ménopause, retardée par conséquent d'une dizaine d'année par rapport à l'homme. La réputation de l'IDM de la femme est plutôt péjorative, avec un moins bon pronostic et en moins bonne prise en charge aussi bien la phase aigüe que lors du suivi ultérieur.

**2.8.3.2. Chez l'enfant :** L'IDM est rarissime. Signalons cependant deux causes possibles : l'hypercholestérolémie xanthomatose familiale dans sa forme homozygote volontiers favorisée par la consanguinité, et la maladie de Kawasaki. (Jan.F, 2005, p.60).

**2.8.3.3. Infarctus du diabétique :** l'IDM du diabétique est grave avec une mortalité de 40%, un traitement l'insulinothérapie est également bénéfique sur le pronostic à long terme.

L'infarctus du diabétique révélé souvent par la dysfonction cardiaque de service ultérieur. La chirurgie de revascularisation améliore la suite de ces patients de manière très

significative. (Jan.F, 2005, p. 60).

**2.8.3.4. Infarctus sur coronaires saines :** l'IDM sur artère coronaire angiographique normales est une éventualité moins rare depuis l'extension de la pratique des coronographies. Sont concernés des sujets jeunes, ayant peu de facteurs de risque, sans antécédents d'angor. (Jan. F, 2005, p.61).

## 2.9.Évolution et pronostic

Plus le traitement est rapide (avant la 6e heure), plus le pronostic est bon. Plus il est tardif, plus l'étendue de la nécrose est grande, plus il ya de risque de complications potentiellement mortelles.

Bilan au décours d'un infarctus

- Échocardiographie : mesure de FEVG, recherche de complications.
- Holter ECG : recherche des troubles rythmiques cardiaques.
- Recherche d'*ischémie résiduelle* ou de *viabilité* dans un territoire cardiaque après l'IDM (scintigraphie d'effort ou de repos).

## Complications

- Troubles du rythme cardiaque ventriculaire (risque de fibrillation ou tachycardie ventriculaire) ou auriculaire (fibrillation atriale, flutter, etc.).
- Troubles de la conduction cardiaque (bloc auriculo-ventriculaire, bradycardie, etc.).
- Insuffisance cardiaque gauche pouvant aller jusqu'à l'OAP et le choc cardiogénique.
- Insuffisance cardiaque droite en cas d'infarctus du ventricule droit.
- Complications mécaniques :
  - rupture septale : nécrose du septum interventriculaire. Fermeture chirurgicale urgente;
  - rupture du VG dans le péricarde : tamponnade. Drainage chirurgical urgent ;
  - rupture du VG dans le médiastin : urgence extrême, mortalité presque de 100 %;
  - insuffisance mitrale ischémique : nécrose d'un pilier de la valve mitrale;
  - péricardite aiguë;
  - anévrisme du VG : déformation cardiaque avec risque de thrombose (et donc embolie), de rupture, d'insuffisance cardiaque ou d'arythmie. (Sabbah. L, 2015, P43- 44).

## 2.10. Traitement

### 2.10.1. Prise en charge pré-hospitalière

Dès le diagnostic évoqué, soit par le médecin traitant appelé par le patient ou sa famille, soit par le médecin régulateur du SAMU contacté directement, ce dernier dépêche sur les lieux de l'accident une équipe médicalisée (SMUR). Le diagnostic est évoqué sur la seule description des symptômes qui doivent être parfaitement connus ; il sera confirmé par le médecin urgentiste après enregistrement de l'ECG durant la crise angineuse qui persiste à son arrivée. Dès lors, le choix de la stratégie de revascularisation est discuté en tenant compte du délai écoulé depuis le début des symptômes et de celui qui serait nécessaire pour transférer le patient vers un hôpital équipé d'une salle de cathétérisme (stratégie différente en ville et à la campagne). La décision de réaliser une ICP primaire justifie un transfert direct en salle de cathétérisme. Dans tous les cas, la surveillance sera faite durant les premiers jours en unité de soins intensifs coronaires (USIC). (Isnard. R, Lacroix. D, 2015, P69).

#### 2.10.1.2. Traitements médicamenteux

Les traitements symptomatiques, antiagrégants plaquettaires et anticoagulants sont administrés d'emblée (pendant le transport médicalisé).

- **Traitement symptomatique**

Le traitement antalgique fait appel aux antalgiques majeurs dérivés de la morphine (chlorhydrate de morphine et apparentés) et aux anxiolytiques. L'oxygénothérapie nasale (2--4 mUmin) est proposée en cas de dyspnée.

- **Antiagrégants plaquettaires**

L'aspirine est administrée initialement à raison de 250 mg par voie intraveineuse relayée par la prescription *per os* de 75 mg/j.

- **Anticoagulants**

L'administration d'un anticoagulant i.v. est systématique, quelle que soit la stratégie de reperfusion adoptée.

Le relais par un traitement *per os* (antivitamine K) n'est justifié que dans certains cas

particuliers (thrombus interventriculaire gauche, fibrillation atriale, complication thrombotique veineuse).

Les médicaments pouvant être utilisés sont au choix :

- l'héparine non fractionnée (HNF) administrée en bolus initial de 60 UI/kg (maximum 4000 UI si FIV), puis relayée par voie i.v. à la seringue électrique (12 UI/kg initial puis adapté au TCA mesuré à 3 heures, 6 heures, 12 heures puis deux fois par jour);
- l'énoxaparine prescrite en bolus i. v. de 30 mg (ou 0,5 mg/kg) puis relayé par une injection de 1 mg/kg s.c. toutes les 12 heures (C 1 si âge > 75 ans et FIV ou si insuffisance rénale);
- la bivalirudine administrée en bolus initial de 0,75 mg/kg suivi d'une perfusion de 1,75 mg/kg/h.

- **Bêtabloquants**

Les bêtabloquants sont prescrits pour limiter l'extension de la nécrose, réduire l'incidence de survenue des troubles du rythme cardiaque et à visée antalgique.

Ils sont utilisés en première intention par voie veineuse en cas de tachycardie (adrénergique), d'hypertension ou si la douleur persiste malgré l'administration d'un morphinique. Si la tachycardie paraît être en relation avec une poussée d'insuffisance cardiaque, il est prudent d'évaluer la tolérance du bêtabloquant en faisant appel dans un premier temps à un médicament à demi-vie courte.

Dans la majorité des cas, le traitement peut être prescrit d'emblée *per os* (exemple : aténolol 100 mg/j).

Les bêtabloquants sont prescrits précocement mais avec prudence et plutôt en USIC qu'au cours du transport médicalisé du fait du risque de décompensation cardiaque. (Isnard. R, Lacroix. D, 2015, p. 72-73).

## Synthèse

Nous concluons que toute personne ayant fait un infarctus peut bénéficier d'une prise en charge médicamenteuse par les bêtabloquants, les anticoagulants, et les antiagrégants plaquettaires qui comportent de l'aspirine, surtout après la sortie de l'hôpital.

Donc les traitements des cardiopathies reposent principalement sur la chirurgie cardiaque qui vise à guérir les patients atteints d'infarctus.

On peut dire que le malade de cœur est souvent malaisé, ce qui engendre chez lui des

problèmes psychologiques, souvent l'apparition des troubles anxieux.

## *Chapitre II*

# Aspect psychologique des patients atteints d'infarctus du myocarde

### Préambule

La survenue de l'infarctus du myocarde influence l'état psychologique de la personne entraîne des manifestations émotionnelles telle que l'anxiété.

Dans ce chapitre on a abordé la présentation de la maladie et la Comorbidités et effet d'anxiété face à l'infarctus du myocarde et, et comment le patient réadapter face à cette maladie après une prise en charge psychologique.

### 1. Présentation de la maladie

L'infarctus du myocarde, communément appelé crise cardiaque, se produit à l'interruption du flux sanguin au niveau du myocarde. Ce processus, très rapide, peut entraîner la destruction du muscle cardiaque (myocarde) en quelques heures. L'infarctus est causé par une athérosclérose, consistant en l'épaississement de la paroi artérielle par des plaques d'athérome<sup>1</sup>, pouvant conduire au rétrécissement de l'artère (sténose), puis à son éventuelle obstruction (thrombose) par un caillot de sang.

Celui-ci va empêcher le sang et l'oxygène d'arriver jusqu'au cœur, ce qui va entraîner une mort progressive du muscle dans les 6 heures suivant les premiers signaux de souffrance (nécrose). Le sujet ressent alors une douleur thoracique écrasante durant plus de 20 minutes ou survenant plus de deux fois en une heure. Cette douleur peut irradier vers les épaules, les bras, le cou, le menton, la mâchoire ou les dents. Le patient est également susceptible d'avoir des nausées, sueurs froides, vertiges, essoufflements ainsi qu'une transpiration abondante. Cette situation pourrait déclencher une crise d'angoisse chez certaines personnes. Il est à noter que les symptômes varient d'une personne à l'autre (Ligue cardiologique belge, 2011).

L'IM affecte souvent de manière importante la qualité de vie du patient. Outre son retentissement psychologique, l'IM détériore la santé physique et les fonctions corporelles de l'individu. Celui-ci éprouve une plus grande fatigue, des douleurs à la poitrine et s'essouffle plus rapidement.

Il est plus limité dans sa mobilité, ce qui engendre une diminution de ses capacités fonctionnelles (Santos-Eggimann, 2006).

Enfin, l'infarctus du myocarde est une maladie récidivante impliquant donc un changement des comportements et du style de vie du patient.

## Chapitre II Aspect psychologique des patients atteints d'IDM

---

Il est important d'identifier et d'agir sur les facteurs de risque qui ont abouti au premier accident. En effet, si les patients continuent à fumer, à rester sédentaires, et à avoir une hygiène alimentaire inadaptée, ils présentent près de quatre fois plus de risques de récidiver dans les 6 mois. Les facteurs de risque les plus connus sont l'âge (> 45 ans), le sexe (masculin), les antécédents familiaux, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète de type II, l'obésité, le tabac, la sédentarité et le stress. (Mikolajczak.M, 2013, p.151-152).

### 2. Comorbidités psychologiques d'anxiété

La première réaction généralement rencontrée par les individus après un IM est l'anxiété, réaction naturelle en réponse à un danger. Selon les études, un quart des patients présentent un degré élevé d'anxiété juste après un IM. Cette anxiété tend à persister pendant l'année qui suit.

Il est à noter que les patients ayant déjà connu des soucis cardiaques montrent davantage de signes d'anxiété que les autres juste après un IM (Boersma, Maes & Joekes, 2005). On note aussi des niveaux plus élevés d'anxiété après un accident cardiaque pour des patients en grande détresse émotionnelle au moment de l'IM (Whitehead, Strike, Perkins- Porras & Steptoe, 2005).

Parfois, l'anxiété survient de manière différée. Monsieur A. explique que, dans les jours qui ont suivi son infarctus, il ne se sentait pas spécialement anxieux quant à la probabilité d'une rechute. Il l'est devenu lorsqu'il s'est rendu compte qu'il ne parvenait pas à arrêter de fumer. Il est conscient que cela peut arriver à tout moment et craint que cela ne se produise pendant qu'il conduit, vu la possibilité de provoquer des dégâts collatéraux.

Afin de protéger leur cœur et de diminuer leur anxiété, les patients sauraient tendance à réduire leur vie sociale et leur activité physique. Le paradoxe est qu'en les diminuant, ils se déconditionnent, se fatiguent davantage et se laissent plus facilement submerger par leurs symptômes.

Il en ressort, *in fine*, une anxiété accrue (Thompson & Lewin, 2000). (Mikolajczak.M, 2013, p.153).

### 3. L'effet d'anxiété sur la maladie coronaire

Bien que des études suggèrent que l'anxiété peut aussi avoir un impact négatif, indépendant de la dépression, sur le pronostic de patients atteints de MC, son rôle comme facteur de risque causal est moins clair.

Certaines études suggèrent que l'anxiété pourrait contribuer au développement de MC chez des personnes qui étaient à l'origine en bonne santé (elles mettent en exergue un lien entre anxiété et décès pour raison cardiaques ou infarctus du myocarde). En revanche d'autres études ne trouvent pas d'association significative. Une récente méta-analyse regroupant les résultats de vingt études a permis de mettre en évidence que l'anxiété augmentait de 26% le risque d'avoir une MC (intervalle de confiance à 95% \* - encadré n°2, compris entre 15% et 38%), et 48% le risque de décès pour réseau cardiaque (Roest, Martens, de Jonge&Denollet, 2010). Cette même méta-analyse ne montre pas de résultat concluant pour le risque d'infarctus du myocarde. Les sous-analyses effectuées ne montrent pas non plus de différence en fonction du type de troubles anxieux (trouble panique, phobie, stress post-traumatique, et anxiété généralisée), de la longueur du suivi ou encore en fonction de sexe. (Sultan. S, Varescon. I, 2012, p.117).

### 4. Réadaptation après infarctus du myocarde

Des programmes de réadaptation sont proposés à tous les patients ayant fait un infarctus dans les pays développés. Ces prises en charge sont multidisciplinaires et visent à faire reprendre le plus vite possible leur vie active aux patients, tout en les incitant à modifier leur style de vie. Selon les cas, il faut les convaincre de changer leurs habitudes diététique (diminution de la charge lipidique, restriction hypocalorique pour prendre du poids), de renoncer au tabac, de faire davantage d'exercice, et d'agir sur les facteurs environnementaux de stress (travail, organisation, de vie quotidienne mode de résidence). Tous les programmes incluent une approche psychosociale, relaxation, biofeedback, ou médiation. Dans de nombreux pays, ces interventions ne touchent malheureusement pas la majorité des patients, pour des raisons de couverture financière. Néanmoins, il faut relever que les programmes de réadaptations font actuellement l'objet d'évaluations nuancées. L'effet favorable sur la qualité de vie et la réduction des niveaux d'anxiété et de dépression- particulièrement élevés à la sortie de l'hôpital. En revanche, l'impact sur longévité, le risque de rechutes ou la fonction ventriculaire est beaucoup plus difficile à

évaluer. Une étude américaine a montré un effet significatif des mesures éducatives et des modifications comportementales sur le taux de rechute et la mortalité à un an. Mais, comme Wheatley et Bass(1991) l'ont fait remarquer, au prix d'une abstinence totale en café, de deux rations d'alcool par jour, d'une heure quotidienne d'entraînement à la gestion du stress, de 3 heures hebdomadaires de sport, et deux sessions par semaine de groupes de résolution de problèmes, pendant une année !

En réalité, ce sont les bénéfices de toute les formes de thérapie, somatique aussi bien que psychosociale, qui sont réévalués actuellement. Les interventions psychologiques, quelle que soit la méthode choisie, ont le grand mérite d'atténuer la souffrance psychologique des patients atteints de maladie chronique, et d'améliorer leur qualité de vie. Ce constat est loin d'être négatif. (Haynal. A, Pasini. W, Archinard. M, 1997, p.76-77).

### **5. Prise en charge psychologique**

A l'heure actuelle, les psychologues agissent souvent uniquement à la demande des patients, de leur famille ou de l'équipe pluridisciplinaire.

Dans la majorité des hôpitaux, l'aide psychologique ne semble pas encore faire partie de l'aide proposée d'office. Or, seule une minorité de patients demande un entretien psychologique.

Pourtant, diverses approches thérapeutiques peuvent être envisagées.

Le type de prise en charge psychologique devra toujours s'insérer dans une prise en charge multidisciplinaire (kinésithérapeutes, médecins, psychologues, diététiciens, tabacologues) et être adaptée aux besoins du patient. Pour certains, il s'agira essentiellement de psychoéducation.

Pour ceux qui éprouvent des difficultés à changer leurs habitudes (alimentaires, tabagiques, de sédentarité etc.), une prise en charge basée sur l'entretien motivationnel sera utile.

Nous développons ces trois types d'intervention :

#### **5.1 Le travail de déni**

A l'instar d'autres maladies caractérisées par leur manifestation à la fois soudaine, brutale et grave, le déni est un mécanisme de défense fréquemment rencontré chez les

patients victimes d'IM. La méta-analyse de Jadoulle (2006) met en évidence que si le déni protège les patients sa court terme de l'anxiété et de la dépression, il nuit à long terme à la sante en entravant la complaisance a la médication et aux changements des habitudes de vie. Ainsi, il entrave le bien-être à long terme (Van Elderen, Maes &Dusseldorp, 1999). C'est la raison pour laquelle les chercheurs et cliniciens recommandent d'effectuer très tôt avec le patient ce qu'on pourrait qualifier de « travail d'inquiétude » afin d'éviter un recours massif à l'évitement et au déni. Ce travail vise à permettre aux personnes utilisant la stratégie de déni d'effectuer progressivement, dans un cadre thérapeutique contenant, un travail d'élaboration et d'acceptation de la maladie, sans pour autant être submerge par l'angoisse due au caractère potentiellement létal de la maladie et a son impact sur la qualité de vie.

Pour les patients qui présentent d'emblée un déni massif, on envisagera une prise en charge psychologique visant à aider le patient alterner (flexibiliser) les mécanismes de coping/de défense.

### 5.2 La psychoéducation

Dans le domaine de l'infarctus, la psychoéducation vase centrer sur l'éducation à la maladie, la modification du style de vie et la gestion du stress.

L'hospitalisation, à la suite d'un infarctus du myocarde, est un moment opportun pour la psychoéducation car cette situation aigue favorise l'émergence de conflits intrapsychiques. Cela peut conduire le patient ase remettre en question et à modifier ses comportements (tabac, alimentation, stress, notamment). Si les études récentes mettent en évidence l'utilité de débiter la prévention cardiovasculaire à l'hôpital, il est cependant essentiel de poursuivre le travail en ambulatoire pour soutenir le patient sur le long cours dans la prise en charge de sa maladie (Auer *etal.*2008).

De plus, la psychoéducation joue un rôle dans la prévention secondaire en encourageant les patients à suivre leur traitement et à modifier leurs comportements a risque. Les résultats montrent une réduction de la mortalité cardiaque et une diminution dans la récurrence des infarctus du myocarde. Il y a également un effet significatif sur les facteurs de risque. Agir sur ces facteurs, sur les comportements lie sa la sante et sur la détresse émotionnelle contribue donc à diminuer les risques de mortalité et de récurrence des maladies cardiaques.

Lorsque les patients éprouvent des difficultés à changer leurs comportements, un suivi thérapeutique base sur l'entretien motivationnel peut être propose à cet effet.

### 5.3 L'entretien motivationnel

Elle vise à résoudre l'ambivalence des patients vis-à-vis du changement et leur permettre de s'engager dans de nouveaux comportements.

Cette thérapie s'est étendue à de nombreux domaines tels que le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardio-vasculaires dans lesquels le patient doit changer ses habitudes de vie pour préserver sa santé. Dans tous ces cas, le patient doit changer alors qu'il ne veut pas changer. La méta-analyse de Martins et Mc Neil (2009) illustre l'efficacité de l'entretien motivationnel sur l'activité physique et l'alimentation.

Une autre étude (Thompson *et al.* 2011) a montré l'efficacité de l'entretien motivationnel dans le cadre des pathologies cardio-vasculaires pour changer les facteurs de risque tels l'alcool, la drogue, l'alimentation, ou encore l'activité physique. (Mikolajczak. M, 2013, p. 161-165).

## 6. Le rôle de psychologue dans le service de cardiologie

Le rôle du psychologue serait d'aider les patients cardiaques à mobiliser leurs ressources psychologiques et de leur permettre de s'approprier cet événement déclencheur (accident coronarien ou annonce de diagnostique), d'élaborer à partir de ce qui est perçu comme injuste, insensé et « acensé », pour justement lui donner, lui trouver, un sens, une signification. Le patient développe une terminologie, un lexique, une logique, qui lui sont propres et qui dénotent souvent avec le langage et le modèle biomédical prédominants dans le Service. Or, si le rôle des soignants est bien dans l'information et le rappel des faits objectifs biomédicaux. Le rôle psychologue dans des services de médecine me semble bien différent. En effet, le psychologue peut, grâce à une position affirmée de non- savoir, accompagner et autoriser cette élaboration personnelle autour de l'événement « maladie », en restituant aux patients la « propriété », en quelque sorte, de l'affection. Ainsi le psychologue permet aux patients de réécrire leur histoire de vie à la lumière de ce qui leur est arrivé, un peu à la manière de F.Zorn (1977). Del.Volgo.M.J et Goti.F (1991) indiquent que la fonction du psychologue auprès des patients est de reconnaître le processus de travail de la maladie en écoutant les patients qui souhaitent, par leur élaboration psychique, se « réapproprier leur souffrance somatique, la subjectiver, en l'insérant dans la trame d'une histoire, dans un récit qui authentifier le sens imaginaire de symbolique de certains événements » (Ibid. p27).

### Synthèse

Dans ce chapitre on a considéré à l'état psychologique de patient atteint d'infarctus myocarde ayant souffert d'anxiété et son effet.

Le patient a l'objet de réadapter le risque récidive face à la maladie et avoir une prise en charge psychologique d'une prévention psychoéducation lorsque les patients éprouvent des difficultés à changer leurs comportements, un suivi thérapeutique basé sur l'entretien motivationnel.

***Chapitre III***  
**L'anxiété**

## Préambule

L'anxiété est au cœur de notre vie humaine. Elle accompagne notre vision du monde, notre façon d'entrer en contact avec l'adversité, de savourer notre bonheur, d'interagir avec les autres : bref, rien de ce qui fait une vie humaine n'échappe au compagnonnage de l'anxiété, pour le meilleur et pour le pire.

Donc à travers ce chapitre d'anxiété, qui se focalise sur une description médicale de l'anxiété, des études prévalence et démontre quelques manifestations somatiques importantes de sujet anxieux qui entêtent une humeur, l'irritabilité et l'inquiétude.

### 1. Premières descriptions médicales de l'anxiété

S'il existe des descriptions depuis l'Antiquité attribuables à l'émotion anxieuse, le concept médical d'anxiété est réellement né dans l'Europe du XIX<sup>e</sup> siècle.

La première description d'un état anxieux a été faite dans un article de Morel en 1866 sur le « délire émotif ». Ce dernier associe des idées fixes, des peurs et des phobies. Il décrit une névrose du système végétatif. L'anxiété, l'émotivité représentent la caractéristique principale de ce trouble auquel il attribue une seule étiologie : l'atteinte du système nerveux viscéral. Mais c'est vers le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle que les grands syndromes anxieux comme les phobies et les obsessions entrent dans la nosographie psychiatrique.

Différentes descriptions médicales pourraient être apparentées aux crises d'angoisse ou attaque de paniques. Le syndrome du cœur irritable de Jacob Mendes Da Costa (1871) décrit des accès somatiques survenant sous forme d'accès aigu à forte composante cardiovasculaire chez les soldats américains ayant participé à la guerre d'indépendance. Dans la névropathie cérébrocardiovasculaire de Krishaber (1873), le trouble est marqué par la survenue de crises brutales, d'une « intensité extrême », comportant des symptômes somatique et cognitifs (vertiges, distorsions auditives et visuelles, etc....).

À cette époque, en 1872, le psychiatre Carl Westphal publie un article intitulé « L'agoraphobie, une manifestation névropathique ». Y est définie comme la peur de traverser les places ou les rues. La description qu'il en fait, à partir de trois cas : « les circonstances spécifiques où surgit l'angoisse (les places, les rues désertes) et sa généralisation à d'autres situations (théâtres, transports), l'anxiété anticipatoire, le désarroi et la peur de mourir ou d'attirer l'attention, l'absence d'hallucination et de délire, les procédés utilisés pour réduire

les troubles.

En France, Legrand du Saulle, en 1878, introduit le terme de « peur des espaces » à la place de celui d'agoraphobie jugé trop restrictif. Il distingue l'agoraphobie primitive, véritable, entité, presque toujours masculine, et l'agoraphobie secondaire, souvent féminine, qui coexiste avec d'autres troubles nerveux.

De nombreuses phobies sont à cette époque décrites avec précision comme la claustrophobie (la peur des espaces fermés), ou l'acrophobie (la peur des hauteurs).

Une phobie revêt un caractère particulier qui semble aller au-delà de l'analyse descriptive de l'objet redouté vers une analyse psychopathologique : l'éreutophobie.

La première description de l'éreutophobie par Johann-Ludwing-Casper remonte à 1846, elle y est définie comme la peur de rougir en public accompagnée d'une crainte et d'une rumination prenant parfois un caractère obsédant et associée à un sentiment de gêne voire de honte. Un peu plus tard, les descriptions de l'éreutophobie de Pitres et Régis (1897) préfigurent largement la description des phobies sociales.

Entre 1866 et 1875, Falret, surtout, et Legrand du Saulle introduisent les notions de « Folie du doute » et de « délire du toucher » qui se caractérisent par des doutes et des questions insolubles sur le pourquoi et le comment des choses. Faret donne cette description : « le malade connaît les dérangements de ses sentiments mais a perdu l'influence de sa volonté sur ses actes.

Ces notions sont considérées comme les premières descriptions des obsessions-compulsions. (Servent. D, 2012, P 7-8-9).

## **2. Définitions de l'anxiété**

L'anxiété se définit par un état subjectif de détresse, un sentiment pénible d'attente et d'appréhension d'un danger à la fois imminent et imprécis. A la différence de la peur, l'anxiété survient en dehors d'une menace objective ou de façon disproportionnée. Ce sentiment s'accompagne de symptômes somatiques qui correspondent à l'angoisse et sont dus à des dysfonctionnements neurovégétatifs : excitabilité générale, dyspnée, transpiration excessive, tachycardie, palpitation, pâleur ou congestion, sensation de vertiges, sécheresses de la bouche, tremblements, fringales, diarrhées. (Sultan. S, Varescon. I, 2012, p.113).

L'anxiété état affectif caractérisé par un sentiment d'insécurité, de trouble diffus. Souvent employée comme synonyme d'angoisse, l'anxiété s'en différencie par l'absence de modifications psychologiques (sensation d'étouffement, sueurs, accélération du pouls...), qui manquent jamais dans l'angoisse. (Sillamy.N, 2003, p.25).

Selon Graziani Pierluigi, trouve que l'anxiété est état émotionnel qui possède de la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative dirigé vers le futur parfois exagéré par apport à la menace et inclus des symptômes corporels subjectifs et manifestes. (Graziani.P, 2003, p. 12).

Dans le DSM IV, les troubles recouvrent aussi bien les états compulsifs ou névrose d'angoisse que les troubles phobiques, obsessionnel compulsif et les états de stress post traumatique. L'anxiété est souvent une peur sans objet, c'est une forme d'inquiétude permanente. (Ibid., p. 136).

Dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition (DSMIV, American Psychiatric Association, 1994), l'anxiété est définie comme une anticipation craintive d'un danger ou d'un malheur à venir accompagnée d'un sentiment de dysphorie ou de symptômes somatiques de tension. (Martin M, A. Rechar P, S, 1996, P.4).

### **3. Prévalence et épidémiologie**

La plupart des troubles anxieux sont plus répandus chez les femmes que chez les hommes. En Ontario (Canada), selon le Supplément sur la santé mentale de l'Enquête sur la santé en Ontario, le taux de prévalence annuel des troubles anxieux serait de 9 % dans la population masculine et de 16 % dans la population féminine. Les taux de prévalence à vie pour l'ensemble des troubles anxieux signalés par les recherches épidémiologiques menées en Amérique du Nord varient de 10,4 % à 25,1 %. Les taux de prévalence à vie de troubles spécifiques varient de 3,5 % pour le trouble panique, à 13,3 % pour la phobie sociale selon une recherche épidémiologique récente.

En général, les personnes souffrant de troubles anxieux présentent plus d'un trouble. Au nombre des états comorbides courants, mentionnons un autre trouble anxieux, un trouble dépressif (c.-à-d. une dépression majeure ou un trouble dysthymique), l'abus d'alcool ou d'autres substances, et les troubles de la personnalité. (Martin.M, Antony.Ph, 1996, P. 6).

#### 4. Distinctions entre anxiété, angoisse, dépression et la peur

- **L'anxiété et angoisse** : l'anxiété peut s'extérioriser sous forme aigue, c'est l'attaque d'angoisse. C'est un sentiment de panique incontrôlable associé à des signes physiques : yeux exorbités, tremblement, sueurs, pouls accéléré, vertiges, etc. quoi qu'il en soit, cet état permanent de « qui-vive injustifié » use les nerfs et entraîne un véritable malaise interne. (Dervaux. J. L, 2014, p.6).

Ce sont l'angoisse, l'anxiété ne sont ni vraiment des sentiments ni vraiment des émotions, ce sont des affects, en raison de leur caractère diffus. Ces affects sont pénibles, désagréables, douloureux.

La psychiatrie française conservé une distinction entre les deux termes : l'anxiété est réservée au versant psychologique, l'angoisse au versant somatique, avec une idée de striction, d'oppression physique. (Servent. D, 2011, p. 2).

- **L'anxiété dépression** : toutes deux, nous l'avons dit, sont des déviations inhérentes au profil psychologique de l'individu, elles ont trait au regard qu'il a sur son existence : sur lui-même, sur les autres sur les événements. Cette image doit normalement être harmonieuse.

Dans le cas de dépression, l'individu attribue aux situations ou personnes de son entourage une taille normale, mais il se voit à assurer l'harmonisation avec sous milieu extérieur.

Dans l'anxiété, le trouble est dirigé vers l'extérieur de l'individu, qui voit les événements qu'ils ne sont en réalité, de vivre en harmonie avec ces personnes ou ces situations. (Dervaux. J. L, 2014, p. 4).

- **L'anxiété et la peur** : La peur est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue, alors que l'*anxiété* est l'anticipation d'une menace future. Manifestement, ces deux états se chevauchent mais ils diffèrent également ; la peur étant plus souvent associée à des poussées d'hyperactivité neurovégétative nécessaires pour fuir ou combattre, évaluer le danger immédiat et permettre les conduites d'échappement, et l'anxiété étant plus souvent associée à une tension musculaire et

---

une vigilance dans la préparation au danger futur et à des conduites de prudence ou d'évitement. Parfois, le niveau de peur ou d'anxiété est réduit par des comportements d'évitement envahissants. (DSM-IV, 2015, p.237).

## 5. Les états anxieux

**5.1. L'anxiété- trait :** en psychologie, on distingue l'anxiété-trait considéré comme une tendance stable et généralisée à percevoir les situations aversives comme dangereuse, de l'anxiété-état qui se caractérise par un sentiment d'appréhension et de tension lié à un événement particulier.

Il est établi que cette dimension de personnalité est associée à diverses pathologies somatiques comme l'asthme, les ulcères ou encore les migraines. Il est également démontré que l'anxiété-trait est impliquée dans l'hypertension (Bruchon-schweitez, 2002, p.187). Néanmoins, là encore, les liens avec l'état de santé sont complexes et les résultats entre anxiété et problèmes de santé divergent d'une étude à l'autre. De plus, le peu de recherches longitudinales ne permet pas d'affirmer que l'anxiété est la cause ou la conséquence de la maladie. (Sultan. S, Varescon. I, 2012, p.139-140).

L'anxiété-trait est la propension stable à s'inquiéter et à se sentir perturbé. (Bruchon-Schweitzer. M, Boujut. E, 2014, p. 239).

**5.2. L'anxiété- état :** se définit comme « un état émotionnel de tensions nerveuse, de peur fort et souvent mal différencier.

Elle correspond à un sentiment subjectif d'appréhension et de tensions s'accompagnant d'une activation du système nerveux autonome. (Ibid, p.33).

L'anxiété-état est la tension et l'appréhension momentanées induites par une menace réelle ou perçue. (Bruchon-Schweitzer. M, Boujut, 2014, p. 239).

C'est émotion transitoire caractérisée par un arousal physiologique et de perception de sentiments d'appréhension, de crainte et de tension. (Graziani. P, 2003, p.12).

## 6. L'anxiété, du normal au pathologique

L'anxiété n'est pas pathologique en soi et s'inscrit dans le registre émotionnel humain normal. Sa fonction est multiple et complexe.

Les réponses anxieuses s'expriment sur différents registres physiologiques, psychologiques, émotionnels, et comportementaux. L'anxiété physiologique permet de détecter un danger et de préparer les comportements de défense. L'anxiété physique, cognitive et émotionnelle met en jeu différentes fonctions d'évaluation, de perception, de traitement de l'information et de mémorisation. L'anxiété est donc un facteur d'adaptation permettant de faire face aux situations de danger et d'urgence. Elle est nécessaire face à l'agression, aux performances et aux épreuves. Elle paraît indispensable à l'action, l'apprentissage, la prise de décision et la performance. A partir d'un certain degré, l'anxiété devient pathologique dans le sens où elle devient pénible et envahissante et, au contraire, inhibe et entrave le sujet dans son adaptation face au monde environnant. (Servent. D, 2011, p.4-5).

## 7. Les approches théoriques de l'anxiété

- **La théorie biologique** : les structures anatomiques en jeu dans l'anxiété concéderaient essentiellement diencéphale, le système limbique et septohippocampique avec l'amygdale. L'utilisation des médicaments dans l'anxiété repose sur des hypothèses biologiques, elles concernent certains récepteurs particulières (complexes GABA et récepteur aux Benzodiazépines) et sur les expérimentations d'autres systèmes représentés par le jeu des monoamines cérébrales, notamment de la sérotonine et de la noradrénaline. (Libbey Eurotext. J, 2007, p. 777).

- **La théorie cognitivo-comportemental** : Selon cette approche des troubles anxieux, l'interprétation catastrophique de ses symptômes somatiques entraîne le patient dans un cercle vicieux. Pour les comportementalistes, le symptôme névrotique est un comportement appris et mal adapté. L'accent est mis sur le conditionnement névrotique, c'est-à-dire sur les réponses d'anxiété et de comportements régressifs présentés par l'animal conditionné dans des situations expérimentales qui le déroutent.

L'apport cognitiviste pose comme hypothèse relative au conditionnement le fait que, pour des raisons probablement d'origine cognitive, les différents symptômes somatiques ressentis par le patient font l'objet d'une interprétation catastrophique. Cette interprétation pathologique est source d'une anxiété qui, elle-même, va aggraver les symptômes somatiques et entraîne un cercle vicieux qui, par moments, peut culminer en un état de panique Incoercible. (Libbey Eurotext. J, 2007, p. 777).

-**La théorie psychanalytique** : Freud à élaborer successivement deux théories de

l'angoisse :

- La première est économique. L'angoisse est conçue comme la résultante d'une réaction de la pulsion sexuelle, soit par répression (exigence de sur moi), soit par insatisfaction (privation, frustration) ;
- La deuxième théorie définit l'angoisse comme fonction biologique générique. L'angoisse reçoit un sens. Elle est le signe de l'effraction d'une problématique automatique liée à un conflit intrapsychique.

Alors que dans la première théorie le refoulement crée l'angoisse, dans la deuxième théorie c'est l'angoisse qui provoque le refoulement. Malgré cette contradiction, ces deux approches peuvent être articulées, comme a pu le montrer Laplanche.

Après Freud, de nombreux auteurs ont apporté leurs propres contributions.

Bowlby a montré que, lorsqu'un bébé est séparé durablement de sa mère, il développe successivement trois types de réactions : protestation, désespoir, détachement. Ultérieurement, Klein a proposé une compréhension de l'attaque de panique inspirée des travaux de Bowlby, la crise anxieuse correspondant à une phase de protestation par rapport à une angoisse de séparation inconsciente. (Palazzolo.J, 2007, p.65).

## 8. Les mécanismes d'anxiété

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

Lorsque les voies de régulation de la peur ne fonctionnent pas bien, il y a un risque d'anxiété pathologique. (Soumaille. S, 2015, p. 24).

**8.1.La peur:** est une émotion protectrice qui nous prépare au danger et nous aide à nous adapter aux situations.

- ✓ **Rôle de vigie :** La peur peut toutefois se transformer en ennemie dès le moment où elle se manifeste sans raison valable, gâchent la vie de nombreuses personnes. Devenu inefficace, le système de défense en fait clairement trop et ouvre la porte aux maladies de la peur que sont les troubles anxieux. (Soumaille. S, 2015, p.25)
- ✓ **L'amygdale, siège de la peur :** le mécanisme est très efficace, quasi automatique : dès qu'un signal d'inquiétude est détecté par nos sens (vue, ouïe, odorat, goût, toucher), l'information arrive directement au centre de la peur, une structure située dans le cerveau appelée amygdale. L'alerte est ensuite transmise dans d'autres régions cérébrales qui

déclenchent à leur tour plusieurs manifestations physiques associées à la peur. (Soumaille. S, 2015, p. 26).

**8.2. Bug du système d'alerte :** l'anxiété nous sert quand elle nous informe sur un danger. Elle devient nuisible quand elle se déclenche sans raison.

- ✓ **Erreurs de jugement :** le circuit de la peur connaît des ratés, engendrant chez les personnes prédisposées des fausses alertes épuisantes. D'adaptive, elle devient alors contreproductive. L'amygdale, vigie habituellement fiable, lance des alertes face à des dangers mineurs ou peu probables.
- ✓ **Apprentissage de la peur :** en effet, à force d'associer une alerte à un danger surestimé, notre cerveau finit par créer des peurs imaginaires. L'éducation peut d'ailleurs avoir le même effet. En répétant qu'il faut faire très attention aux chiens, on finit par les redouter.
- ✓ **Une réponse disproportionnée :** le système de la peur des personnes anxieuses est dérégulé et en fait clairement trop. Leur seuil de tolérance est bas en raison d'une amygdale hypersensible qui réagit de manière exagérée à un objet, une situation, un animal. (Soumaille. S, 2015, p.28-29).

## 9. Les différents troubles anxieux

**9.1. Troubles d'anxiété généralisé (TAG) :** une inquiétude hors de proportion et incontrôlable caractérise ce trouble qui est alimenté en continu par des soucis irréalistes. (Suzy.S. 2015, p. 84).

Selon le DSM- IV l'anxiété généralisée est une anxiété des soucis excessifs, concernant plusieurs événements ou activités. L'intensité, la durée ou la fréquence de l'anxiété des soucis sont hors de proportions avec la probabilité réelle ou l'impact de l'événement anticipé. Le sujet éprouve de la difficulté à contrôler ses préoccupations et à empêcher les pensées inquiétantes d'interférer avec l'attention portée aux tâches en cours. Les adultes ayant une anxiété généralisée s'inquiètent souvent au sujet des circonstances quotidiennes de la vie de tous les jours comme les responsabilités professionnelles, les Problèmes financiers, la santé des membres de la famille, les infortunes de leurs enfants, ou à propos de sujets mineurs.

**9.2. Trouble de panique :** correspond à la répétition d'attaque de panique, aboutissant à un véritable trouble en raison de l'anxiété anticipatoire. Le trouble évolue sur le temps, marqué par des rémissions et des rechutes et peut se compliquer de dépression, de conduites, addictives au premier. (Servent. D, 2012, p.124-125).

Le trouble panique (TP) se définit par la récurrence d'attaques de panique survenant de façon inattendue et qui se présentent par l'apparition soudaine et intense d'un sentiment de peur ou d'anxiété<sup>23</sup>. Pour une description plus complète, le lecteur est invité à se référer aux critères diagnostiques du DSM-IV.

**9.3. La phobie sociale:** Dans le DSM-IV, la caractéristique essentielle de l'anxiété sociale est une peur ou une anxiété marquée, ou intense, de situations dans lesquelles l'individu peut être sous l'observation attentive d'autrui.

Lorsque la personne est exposée à de telles situations sociales, elle craint d'être jugée négativement.

L'individu craint d'être jugé comme anxieux, faible, fou, stupide, ennuyeux, intimidant, sale ou antipathique. La personne craint d'agir ou d'être perçue d'une certaine manière ou de montrer des symptômes d'anxiété comme rougir, trembler, transpirer, buter sur ses mots ou attirer l'attention, ce qui sera jugé négativement par d'autres.

**9.4. Phobie spécifique :** trouble anxieux le plus fréquent, la phobie simple est aussi la moins handicapante. A condition, bien-sûr, de pouvoir facilement éviter les mauvais rencontres. (Soumaille. S. 2015, p.96).

Ce trouble se caractérise par une peur intense et prolongée déclenchée lors de la confrontation ou l'anticipation à des objets ou des situations objectivement visibles et circonscrites (par exemple, prendre l'avion, conduire une voiture, les hauteurs, les animaux, les piqûres, la vue de sang, etc.). (Servent. D, 2012, p.150).

**9.5. Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) :** les personnes qui souffrent de TOC sont obnubilées par des pensées angoissantes. Pour tenter de les calmer, elles se sentent obligées d'accomplir des actions absurdes. (Soumaille. S, 2015, p.103).

D'après le DSM-IV, le TOC est caractérisé par la présence d'obsessions et/ou de compulsions. Les obsessions sont des pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui sont ressenties comme intrusives et inopportunes, alors que les compulsions sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible. D'autres troubles obsessionnel-compulsif et apparentés sont caractérisés en priorité par des comportements répétitifs centrés sur le corps (p. ex. s'arracher les cheveux, s'excorier la peau) et des tentatives répétées visant à diminuer ou arrêter ces comportements.

**9.6. L'agoraphobie :** La caractéristique essentielle de l'agoraphobie est une peur ou une anxiété marquée, ou intense déclenchée par une exposition réelle ou anticipée à des situations variées. Le diagnostic requiert la présence de symptômes survenant dans au moins deux des cinq situations suivantes : 1) utiliser les transports publics, comme les voitures, bus, trains, bateaux ou avions ; 2) être dans des endroits ouverts comme des parkings, marchés ou ponts ; 3) être dans des endroits clos comme des boutiques, théâtres ou cinémas ; 4) être dans une île d'attente ou dans une foule ; ou 5) être seul à l'extérieur du domicile. Les exemples pour chaque situation ne sont pas exhaustifs ; d'autres situations peuvent être craintes.

**9.7. Etat de stress post-traumatique :** l'état de stress post-traumatique (ESPT) fait suite à un événement potentiellement traumatique ou un état de stress aigu. L'événement traumatique est constamment revécu en pensées, perceptions, images rêves (de façon spontanée ou déclenché par un stimulus). Les stimuli évoquant le souvenir du traumatisme sont évités. Il apparaît un détachement, un émoussement affectif, limitant les relations du patient et entraînant un handicap social. Il existe une activation neurovégétative et une hypervigilance. La dépression est quasi constante. Des troubles somatiques sont possibles (fatigue, douleurs, pathologies organiques) (ibid, p.39).

## **10. La symptomalogie anxieuse**

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

L'activité cognitive et intellectuelle est consacrée à forger des scénarios catastrophiques dont les thèmes sont des échecs (professionnelle ou affectifs)

Ainsi par les mimiques et le comportement, l'anxiété s'exprime et se montre facilement ressentie par les membres de l'entourage. Un certain degré de contagion anxieuse existe habituellement, susceptible d'aboutir dans certains cas à un certain rejet du patient par son entourage. (Besançon. G, 1993, P.39).

On ajoute, les perturbations cognitive, l'inhibition de la pensée, trouvent une

traduction dans altération des performances du sujet, des facultés raisonnement et dans un certain seuil d'intensité anxieuse.

L'inhibition anxieuse est aussi comportementale : de patient est gauche, emprunté, voire figé. Il peut exister dans certains états aigus une véritable stupeur psychomotrice, inhibition psychomotrice peut être dans certains cas masqué par une agitation improductive et désordonnée qui ne saurait tromper, ou par des comportements compensatoires, de prestance qui peuvent plus facilement faire illusion. Un certain degré d'agressivité peut être trouvé dans la discours de l'anxieux, voire dans son comportement en cas d'anxiété aigue. (Besançon. G, 1993, p.39).

**10.2. Symptômes somatiques :** ils sont très variés et ne seront que brièvement évoqués. Tout correspond en effet à un hyper-fonctionnement du système nerveux autonome, soit :

- Sur le plan cardio-vasculaire : tachycardie, troubles mineurs du rythme cardiaque (notamment des extrasystoles bénignes avec pauses compensatoires qui donnent quelquefois l'impression à l'anxieux que son cœur va s'arrêter), douleurs précordiales (le patient redoute de « faire un infarctus »), modifications labiles de la tension artérielle ;
- Sur le plan respiratoire : les signes vont d'une discrète oppression à des sensations plus intenses d'étouffement, voire de « souffle couper » ;
- Dans la sphère digestive : sensation de « boucle dans la gorge » (qui gêne l'alimentation), nausées, ballonnements abdominaux, diarrhée motrice ;
- Au niveau génito-urinaire : pollakiurie, difficultés sexuelles (impuissance ou éjaculation précoce chez l'homme ; frigidity, dyspareunie chez la femme) ;
- Sur le plan neuromusculaire : tension musculaire quelquefois douloureuse (notamment céphalées postérieures dite de « tension », tremblements, sursauts, paresthésies, bourdonnements d'oreilles, phosphènes) ;
- Sur le plan vasomoteur : hypersudation parfois profuse, pâleur, bouffées vasomotrices.
- La présence de somatiques est constante lors des états anxieux. Il est souvent au premier plan la plainte, ce qui l'amène à consulter, plus souvent qu'un psychiatre, son médecin généraliste, le médecin de l'urgence ou un cardiologue. (Palazzolo.J, 2007, p.63)
- L'insomnie de l'anxieux a un peu à part car son déterminisme plus complexe que les

---

symptômes proprement somatiques d'anxiété. Il s'agit d'une insomnie portant sur l'endormissement. Le reste de la nuit est généralement préservé, bien que dans certains cas troublé par des cauchemars. (Ibid., p. 31-32).

## 11. Les causes d'anxiété

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

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

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

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

**11.5. Traumatismes :** Un trouble de l'anxiété et du stress peut se développer suite à un événement traumatisant comme un accident de voiture ou un divorce, l'anxiété peut aussi remonter à l'enfance à cause d'un traumatisme particulièrement fort ayant laissé des traces et des prédispositions à l'anxiété (Ibid, p.43).

## 12. L'évaluation de l'anxiété

En psychiatrie, on a considéré longtemps l'anxiété d'un point de vue typologique. Pour les différentes versions du DSM, il existe des catégories de troubles anxieux, chacun

correspondant à une configuration de symptômes. On peut évaluer la nature et l'intensité des symptômes par hétéro évaluation : HADS de Hamilton dont sept items mesurent l'anxiété somatique et psychique, très utilisée, échelle de Couvi simple et rapide (trois domaines : plaintes anxieuses, symptômes somatiques, comportement), échelle d'anxiété Tyrer (Paulhan et al. 1995 ; Poirot, 2005).

L'anxiété est également considérée comme trait, dimension continue des conduites décrivant des différences interindividuelles de sensibilités à des situations et événement perçus comme menaçants.

Les échelles d'auto-évaluation de l'anxiété sont nombreuses : échelle BATE (Bonis Anxiété Trait-Etat) ; échelle d'anxiété manifeste (MAS) de Taylor. La plus utilisée est le STAY-Y (State-Trait, Anxiety Inventory), de Spielberger et al. (1983), très valide, dont il existe une adaptation française (Bruchon-Schweitzer et Paulhan, 1993). (Bruchon- Schweitzer. M, Boujut. E, 2014, p. 238-239).

Nous présentons les échelles les plus utilisées.

- L'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA) comprend 14 items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire, viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive enfin dont la présence peut sembler discutable au sein d'une échelle spécifique.
- Les échelles des peurs FSS (Fear Survey Schedule) ont été créées dans le but d'évaluer la nature et l'intensité des peurs irrationnelles. La version la plus récente, FSS III, permet d'identifier les peurs présentes chez un sujet et de donner un score global de pathologie phobique. Cette échelle est largement utilisée par les thérapeutes TCC. (Graziani. P, 2003, p.93).

## **13. Traitement et prise en charge de l'anxiété**

### **13.1. Prise en charge médicamenteuse**

Deux grandes classes de traitement, les anxiolytiques et les antidépresseurs, sont proposées.

La décision de prescrire répond à trois exigences :

- La résistance à des techniques simples de réduction de l'anxiété ;
- L'intensité des symptômes ou des troubles ;
- La nécessité d'un soulagement rapide. (Servent. D, 2012, p.45).

**13.1.1. Les anxiolytiques :** sont indiqués dans l'anxiété aiguë symptomatique et transitoire exposent aux risques d'abus et de dépendance. Leur prescription doit faire l'objet de beaucoup de précautions. Cette classe, reste très prescrite en pratique.

- ✓ **Les benzodiazépines :** sont essentiellement concernées. Offrir une meilleure tolérance supérieure en limitant les risques d'abus. Toutes les benzodiazépines possèdent, à dose équivalente, une efficacité comparable. (Servent. D, 2012, p.42-49)
- ✓ **Risque de dépendance :** un risque de devoir augmenter les doses pour maintenir le même effet. Ce phénomène est appelé tolérance ou accoutumance. (Soumaille, S, 2015, p.188).

**13.1.2. Antidépresseurs :** sont particulièrement indiqués dans les troubles paniques, phobiques et les TOC et, depuis peu dans le trouble anxieux généralisé. La durée du traitement antidépresseur pose beaucoup de problèmes étant donné que les troubles anxieux évoluent de façon chronique et que les rechutes sont fréquentes. Il faut savoir arrêter le traitement et proposer d'autres alternatives. (Servent. D, 2012, p.49).

**13.1.3. Les autres traitements :** d'autres approches biologiques existent. Certaines sont déjà utilisées, d'autres font encore l'objet d'études et sont réservées à des cas scientifiques. (Soumaille. S, 2015, p. 189).

- **Bétabloquants :** cette classe de médicaments était autrefois indiquée pour prévenir les symptômes tels que des tremblements ou de la tachycardie.
- **Buspirone :** il s'agit d'un médicament anxiolytique présent moins d'effets secondaires que les benzodiazépines puisqu'il n'est pas sédatif et que les risques de dépendance sont faibles. Il semble surtout efficace dans le soulagement des symptômes psychologiques de l'anxiété.
- **Prégabaline :** cette molécule, également efficace contre les douleurs neuropathiques, présente un intérêt en particulier chez les patients souffrant d'anxiété généralisée pour lesquels elle présente une alternative aux antidépresseurs.

- **Hydroxyzine** : prescrits dans le traitement des réactions allergiques. Cette substance a une action calmante lors d'anxiété légère, mais son effet fortement sédatif en limite l'usage. (Soumaille. S, 2015, p.190).
- **L'etifoxine** : L'etifoxine est indiquée dans les manifestations somatiques de l'anxiété, principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardio-vasculaire (tachycardie). Elle n'entraîne pas de dépendance, ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. L'effet recherché est une action régulatrice neurovégétative. (Palazzolo.J, 2007, p. 73).

## 13 .2. Prise en charge non médicamenteuse

### 13.2.1. La relaxation

La relaxation totale, type Jacobson, doit être pratiquée dans de bonnes conditions, c'est-à-dire loin d'un repas, dans une salle fraîche, aérée, sombre et calme ; les vêtements sont desserrés, les chausseurs ôtés ; on adoptera une position allongée, bras et épaules légèrement écartés.

Elle se pratique en trois phases :

- ✓ Une phase de contrôle respiratoire qui consiste à ralentir globalement le rythme de la respiration et à la rendre plus ample au niveau de l'inspiration et plus lente au niveau de l'expiration ;
- ✓ Une phase de déconcentration musculaire qui se fera en remontant progressivement des pieds à la tête, par paliers successifs : pieds, mollets, cuisses, etc.
- ✓ Une phase de « lavage » de cerveau au bon sens du terme. Il s'agit alors de vider son cerveau des pensées extérieures et soucis divers pour l'emplir d'une sensation de calme et de détente. (Dervaux. J. L, 2014, p. 32-33).

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 diminué.

Deux types de relaxation sont essentiellement utilisés en pratique : le training autogène et la relaxation musculaire progressive. (Palazzolo. J, 2007, p. 67).

### 13.2.2 Le training autogène

Le training autogène présente de multiples effets bénéfiques :

- .1. Effet de relaxation et de concentration à la fois ;
- .2. Effet de calme intérieur et de détachement de la pensée, qui amène presque à devenir spectateur de soi-même. (Dervaux. J. L, 2014, p.32-34).

L'état de relaxation induit par cette technique se caractérise par :

- .3. Une détente musculaire.
- .4. Une dilatation des vaisseaux sanguins des extrémités des membres.
- .5. Un ralentissement respiratoire et cardiaque.
- .6. Une détente abdominale.
- .7. Une fraîcheur ressentie au niveau de front.

Cet état est atteint par étapes successives au fil des séances, en travaillant sur chacun des éléments cités. Le sujet est installé soit en position allongée (le plus souvent), soit en position assise sur un fauteuil ou une chaise. Il se concentre à la fois sur des instructions verbales (par exemple : « votre jambe gauche est chaude, votre cœur bat lentement et calmement », des représentations mentales (par exemple, imaginer son bras droit comme étant en plomb, ou sa jambe gauche exposée aux rayons du soleil), et les sensations corporelles qui en découlent, témoins des changements physiologiques (par exemple, la lourdeur du bras droit, la chaleur de la jambe gauche).

L'état de relaxation induit par cette technique s'acquiert en quelques mois, à raison d'une séance par semaine avec le praticien, associé à une pratique quotidienne chez soi. (Palazzolo.J, 2007, p.68).

### 13.2.3 Les techniques cognitives

Les approches cognitives de gestion de l'anxiété se sont développées à partir de la constatation simple que la manière dont l'individu perçoit le facteur anxiogène détermine en grande partie sa réaction. Ainsi, Lazarus a développé un modèle psychologique de l'anxiété, dans lequel la réaction ne survient seulement si le sujet a évalué la situation comme angoissante.

Classiquement, cette évaluation se fait en deux temps :

- Une évaluation primaire. L'événement, le facteur, est jugé anxiogène lors, par

exemple, d'une perte (le dommage est réalisé), d'une menace (le dommage est anticipé) ou d'un défi (nécessité de maîtriser la situation) ;

- Une évaluation secondaire. Le sujet apprécie ses capacités à faire face à la situation (c'est ce que l'on appelle le *coping*).

Cette évaluation est sous la dépendance de nombreux facteurs liés aussi bien l'individu (ses valeurs, ses croyances...) qu'à la situation (caractère de nouveauté, de durée, d'enjeu). Il existe de nombreuses stratégies à visée cognitive destinées à modifier tous les processus cognitifs inadaptés qui peuvent se manifester aux divers stades de l'évaluation, et donc conduire à la réponse anxieuse.

- Dans un premier temps, le sujet prend conscience de ses pensées automatiques, de ses interprétations survenant dans diverses situations et en particulier celles vécues comme anxiogènes.
- Il apprend ensuite à faire la différence entre celles reposant sur des bases objectives, et celles considérées comme subjectives.
- Ces deux premières étapes sont facilitées par la collecte de données précises par le sujet, souvent au moyen d'un agenda qui permet d'identifier, de relever les cognitions inadaptées. Les cognitions sont analysées et critiquées avec l'aide du praticien.
- L'étape suivante consiste pour le sujet à adopter et à pratiquer des réponses comportementales et cognitives nouvelles pour affronter les facteurs anxiogènes. (Palazzolo.J, 2007, p.69-70).

#### 13.2.4 Les thérapies comportementales

Ces méthodes sont basées sur l'exposition fonctionnelle (progressive) au stimulus anxiogène, et vise à contrôler la réponse physiologique anxieuse par une réponse-relaxation, et à obtenir ainsi un apaisement émotionnel satisfaisant est cela selon trois parties :

- ✓ Apprentissage d'une réponse-relaxation : l'anxiété induit une réponse physiologique d'alarme. La réponse relaxation vise une détente physiologique, par action musculaire et respiratoire aisément contrôlable. En générale, la relaxation peut être rapidement apprise.
- ✓ Technique d'exposition au stimulus anxiogène : basée sur le principe d'habitation (diminution de la réponse physiologique par la présentation prolongée et répétitive du stimulus), elles entraînent à remplacer la bouffée de peur par la réponse détente.
- ✓ Technique de généralisation de l'apaisement : ici, à partir de l'expérience ciblée

repérée comme typique et soumise à entraînement, on ouvre l'entraînement à plusieurs contextes analogique, pour faciliter la généralisation de la réaction de contrôler apprise. (Bolondel, 2005, p.140).

### **Synthèse**

Dans ce chapitre, nous concluons que tous patients anxieux manifestes des symptômes physiques sont souvent les premiers motifs de consultation médicale. Pas étonnant puisque certains d'entre eux miment à la perfection une maladie somatique grave. Les autres signes liés aux pensées et aux comportements sont moins aisés à décoder car l'anxiété est une composante de vie fait partie de chacun de nous.

# *Problématique et hypotheses*

La santé est un état complet de bien être, physique, mental, et social, et pas simplement l'absence de maladie ou de handicap (OMS, 1946). La santé des individus pourrait donc être située sur deux dimensions distinctes, l'une correspondant à différents degrés pathologie, l'autre à différents degrés de bien-être.

Berslow (2006) décrit trois révolutions dans le domaine de la santé. La première a consisté à combattre de mieux en mieux les maladies transmissibles (première cause de mortalité dans beaucoup de pays). La seconde a consisté à lutter de plus en plus efficacement contre les maladies chroniques, causes majeures de mortalité dans les pays développés (maladies cardio-vasculaires et cancer notamment). Ce combat est loin d'être achevé, mais les progrès thérapeutiques et la longévité croissante des populations annoncent une troisième ère, ou un objectif s'ajoutera aux précédents : mener la meilleure vie possible. Depuis 1984, l'OMS définit la santé comme « l'ensemble des ressources social, personnelles et physiques permettant à l'individu de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins ». (Bruchon-Schweitzer. M, Boujut. E, 2002-2014, p. 25).

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

La maladie chronique est une « maladie de longue durée caractérisée par des symptômes léger et évoluant parfois vers la récupération ou vers décès par destruction ou par complication d'une maladie aigue » (Laugier. F, 2008, p. 10).

Le cœur est un muscle infatigable que fantastique, il a toujours été considéré comme la partie la plus noble du corps humain : pompe sanguin, nœud vital contre le corps, il est probablement associé à l'âme, à l'activité aux émotions. (Hachotte, 1989, p.168).

Ainsi le cœur est un organe très sensible qui réagit vivement a tous les stimuli physique et à la plus part des émotions et aux tensions affectent l'esprit ou le corps.

En parallèle parmi les maladies du cœur les plus connu et plus graves, on retrouve les cardiopathies par différentes formes et fréquences.

Les maladies cardiovasculaires regroupent une catégorie d'accidents variés, qui reposent sur une base commune : l'atteinte du cœur ou des vaisseaux sanguins. Les accidents en question sont les atteintes cardiaques avec deux catégories principales, soient l'insuffisance cardiaque et l'infarctus du myocarde, la forme la plus fréquente de décès dans les sociétés industrialisées. Les deuxièmes catégories étant les atteintes vasculaires, touchant la plupart des organes, mais principalement le cerveau, les reins, le cœur et les membres inférieurs. Le vieillissement de la paroi artérielle sous la forme de l'athérome et la formation de thrombose intra vasculaire est le mécanisme représentent le point commun de la plupart de ces accidents. (Daigle.J.M, 2006, p. 55).

Quevauvilier (2009) de son côté à définit la cardiopathie comme « un terme générique désignant toute affection du cœur, il comprend les affections inflammatoire, toxiques et dégénératives, ainsi que celles dues à des mal formations congénitales. (Quevauvilier, 2009, p.158).

Notre recherche porte sur les malades atteints de cardiopathie, on particulier la cardiopathie sévère qui peut entraîner un syndrome d'infarctus du myocarde, ce dernier est considéré comme « une diminution de l'apport en oxygène aux cellules du muscle du cœur, responsable de la mort (nécrose) de ces cellules et donc de la destruction d'une partie du muscle cardiaque. Le myocarde est vascularisé par les artères coronariennes. Lorsque celles-ci se bouchant (caillot thrombose ou spasme), le myocarde ne reçoit plus de sang et manque d'oxygène. La gravité de l'infarctus tient surtout à son étendue : plus l'artère obstruée irrigue une zone importante, plus l'infarctus n'est grave. C'est une maladie malheureusement très fréquente, qui prédomine chez l'homme et apparaît en priorité chez les sujets ayant des facteurs de risque cardiovasculaire tels que l'obésité, le diabète, un taux élevé de cholestérol et hypertension artérielle. (Daigle.J.M, 2006, p83).

Actuellement, les maladies cardiovasculaires (MCV), et plus particulièrement l'infarctus myocarde (IM), constituent la première cause de mortalité dans le monde. En 2003, l'OMS estimait le nombre de décès provoqués par un IDM à 7,3 millions (Baudin, Cohen, Berthelot-Gracias et al. 2009) 85% de ces décès se produisent chez des sujets âgés de plus de 65ans. Le risque de souffrir d'un infarctus du myocarde augmente avec l'âge, à partir de 45ans chez l'homme et 55ans chez les femmes. En Belgique, on dénombre 15 000 cas d'infarctus du myocarde par an, ceux-ci s'avérant fatals dans la moitié des cas.

L'infarctus myocarde constitue par sa fréquence, sa létalité et ses répercussions socio-économiques, un problème majeur de santé publique dans le monde, en particulier dans les pays industrialisés. Il représente une cause fréquente de consultation et de prise en charge dans les services d'accueil des urgences et de unités de soins intensifs cardiologiques (USIC). (Ait Elghali. H, 2011, p. 2).

L'IDM touche plus fréquemment les hommes que les femmes, les œstrogènes jouant un rôle protecteur chez ces dernières. Cependant, après la ménopause, elles courent les mêmes risques du subir un IM que les hommes. L'IDM est fatal pour 55% des femmes touchées contre 49% chez les hommes. Si seul un quart de premier infarctus se manifestent chez l'homme avant 55ans, le tiers de ceux-ci sont fatal (Ligue cardiologique Belge, 2011). Malgré les améliorations dans la prévention et la prise en charge des maladies cardiovasculaire, l'OMS estime à 23,6 millions les personnes qui mourront d'une MCV d'ici 2030. Ces maladies devraient donc rester la première cause de mortalité dans le monde. (Mikolajczak. M, 2013 p151).

Dans le monde, 7 millions de décès par année, dont 25 mille en Algérie, sont d'origine cardio-vasculaire et, dans la majorité des cas, il n'existe pas de facteur de risque connu au moment de l'infarctus. (Djazairiss, 2009).

Au-delà de la souffrance physique le patient atteint de la cardiopathie présente aussi des souffrances psychologiques telles que stress, angoisse, dépression et Les troubles anxieux.

On prend on considération l'angoisse, l'anxiété ne sont ni vraiment des sentiments ni vraiment des émotions, ce sont des affects, en raison de leur caractère diffus. Ces affects sont pénibles, désagréables, douloureux. Leur caractère essentiel est leur obscurité apparente : leur origine, leur source, leur cause demeurent inconnues à la conscience, ce qui accroît leur caractère oppressant. Ce sont des peurs sans objet apparent.

D'autre part, l'anxiété et la dépression sont aucun doute les aspects psychologiques associés à la maladie chronique les plus étudiés actuellement. Des travaux ont établi une corrélation significative entre le fait d'avoir une maladie chronique et un niveau élevé d'anxiété ou de dépression. (Sultan. S, Varescon. I, 2012, p. 111).

D'abord, l'anxiété au sens générale est un trouble émotionnel qui se manifeste par

un sentiment d'insécurité. Caractérisée par un sentiment d'appréhension, de tension, de malaise. Elle est souvent exprimée par le patient sous les termes de nervosité ou de soucis.

L'anxiété peut apparaître sous diverses configurations de symptôme : trouble de panique, phobie spécifique, phobie sociale, les TOC, état de stress post-traumatique, état de stress aigu, anxiété généralisée. Le vécu des symptômes de détresse psychologique peut être aigu et transitoire (e.g. se sentir anxieux avant de réaliser un test d'effort), mais peut devenir chronique et persister (e.g. avoir tellement peur de vivre une attaque de panique qu'on ne sort plus de chez soi). (Sultan. S, Varescon. I, 2012, p.113).

Plusieurs études montraient que l'anxiété accompagnait divers problèmes de santé : asthme, ulcère, arthrite, migraine, hypertension, maladies cardio-vasculaires. La prévalence des troubles anxieux est supérieure chez les sujets ayant une maladie chronique et, inversement, la morbidité et la mortalité (pour les maladies cardio-vasculaires et les AVC notamment) sont supérieures chez les sujets anxieux, toutes choses égales par ailleurs (Vandervoot, 1995). (Bruchon-Schweitzer. M, Boujut. E, 2014, p.239).

L'anxiété peut entraîner des spasmes et des battements de cœur irréguliers, ce qui peut mener à des problèmes cardiaques. Les personnes anxieuses sont aussi plus susceptibles d'adopter des comportements néfastes pour la santé comme le tabagisme, la suralimentation et l'inactivité physique ainsi que de souffrir de troubles de sommeil.

Certaines études suggèrent que l'anxiété pourrait contribuer au développement de maladie coronarienne chez des personnes qui étaient à l'origine en bonne santé elles mettent en exergue un lien entre anxiété et décès pour réseau cardiaque ou infarctus du myocarde). En revanche d'autres études ne trouvent pas associations significatives. Une récente méta-analyse regroupant les résultats de vingt études a permis de mettre en évidence que l'anxiété augmentait de 26% le risque d'avoir une MC (intervalle de confiance à 95%, compris entre 15% et 38%) et de 48% le risque de décès pour réseau cardiaque (Roest, Martens, de Jonge & Denollet, 2010). Cette même méta-analyse ne montre pas de résultats concluants pour le risque d'infarctus du myocarde. Les sous-analyses effectuées ne montrent pas non plus de différence en fonction du type de troubles anxieux (trouble de panique, phobie, stress post-traumatique, et anxiété généralisée), de la longueur de suivi ou encore en fonction de sexe. (Sultan. S, Varescon. I, 2012,

p.117).

A la lumière de cette étude il s'agit d'expliquer le lien entre les facteurs psychologiques, en particulier l'anxiété chez le malade atteint de cardiopathie sévère y'a compris le malade qui est l'un infarctus du myocarde et d'effectuer la relation de cette maladie avec l'anxiété Ceci nous pousse à poser la question suivante :

- Est-ce que les malades atteints de cardiopathie sévère telle que l'infarctus du myocarde présentant une anxiété pathologique ?

### L'hypothèse

- ✓ Les malades hospitalisés pour une cardiopathie sévère « infarctus du myocarde » présentant une anxiété pathologique.

### L'objectif de l'étude

L'objectif principal de notre recherche est de déterminer l'état anxieux chez les cardiopathies sévères telles que l'infarctus du myocarde.

Et de mesurer et évaluer la proportion de l'anxiété du patient ayant subi un infarctus du myocarde.

Ainsi l'objectif de cette étude étant d'élaborer l'échelle d'Hamilton pour le tester et le valider aux malades souffert de syndrome coronarien aigu.

### Définitions des concepts

- **Le cœur** : Le cœur, enveloppé du péricarde, est situé dans le médiastin antérieur. Il est situé entre les deux poumons, sur la coupole diaphragmatique gauche, en arrière du sternum et du grill costal antérieur et en avant du médiastin postérieur, notamment de l'œsophage.
- **L'infarctus du myocarde** ; (une crise cardiaque) survient lorsque la circulation sanguine est bloquée dans une ou plusieurs artères coronaires. L'obstruction empêche l'oxygène d'atteindre certaines parties du cœur.  
C'est ce manque d'oxygène qui endommage les parties du cœur touchées. Plus vite vous consultez un médecin pour faire dégager l'artère, moins les dommages seront importants.
- **L'anxiété** : L'anxiété est une sensation de tension intérieure de danger imminent. Elle peut être paralysante ou, au contraire, susciter de l'agitation (avec incapacité

à rester en place). Elle peut se cristalliser sur une situation particulière ou un objet spécifique : peur nouvelle d'un contexte social avec incapacité à l'affronter (un changement de travail par exemple), préoccupations excessives concernant son état de santé, etc. (Palazzolo.J. 2007, P.62).

### **Opérationnalisation des concepts**

#### ➤ **Cardiopathie**

- Difficultés de respiration
- Gonflement du corps
- Douleurs dans la poitrine

#### ➤ **L'infarctus du myocarde**

- Angine de poitrine
- Crise cardiaque
- Manque d'oxygène
- Mort des cellules
- Nécros

#### ➤ **L'anxiété**

- Sentiment d'insécurité
- Sentiment de danger
- Inquiétude
- Peur
- Inhibition
- Agitation
- Irritabilité
- Tristesse

# *Partie pratique*

# *Chapitre IV*

## *Méthodologie de la recherche*

## Préambule

La méthodologie peut se définir comme étant l'étude du bon usage des méthodes et techniques. Il ne suffit pas de les connaître, encore faut-il savoir les utiliser comme il se doit, c'est-à-dire savoir comment les adapter, le plus rigoureusement possible, d'une part à l'objet précis de la recherche ou de l'étude envisagée, et d'autre part aux objectifs poursuivis. (Aktouf. O, 2006, p.27).

Ce chapitre présente les caractéristiques des sujets de la population de recherche, expose la démarche de recrutement des sujets, décrit les instruments de mesure d'anxiété, il faut suivre une méthodologie bien déterminée, avoir un lieu de recherche, nous allons présenter la méthode d'étude suivie, les techniques utilisées dans notre recherche, ainsi que le déroulement de celle-ci sur le terrain.

### 1. Les méthodes de la recherche

#### 1.1. Méthode de recherche

La méthode c'est la procédure logique d'une science, c'est-à-dire l'ensemble des pratiques particulières qu'elle met en œuvre pour que le cheminement de ses démonstrations et de théorisations soit clair, évident et irréfutable.

La méthode est constituée d'un ensemble des règles qui, dans le cadre d'une science donnée, sont relativement indépendantes des contenus et des faits particuliers étudiés en tant que tels. Elle se traduit, sur le terrain, par des procédures concrètes dans la préparation, l'organisation et la conduite d'une recherche. (Aktouf.O, 2006, P.27).

#### 1.2.La pré-enquête

Comme nous l'avons vu lorsque nous avons traité du cycle de la recherche et de l'élaboration du problème, la pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses. Très souvent aussi, on a recours à la pré-enquête pour effectuer le choix d'instrument et le mode de construction de celui-ci. Il existe plusieurs types de pré-

enquêtes qui sont généralement combinés sous forme d'étapes successives dans la même pré-enquête. (Aktouf. O, 2006, p. 102).

La pré-enquête est la première étape primordiale qu'on a élaborée pour effectuer notre recherche au sein de l'hôpital d'Akbou « Akloul Ali » au niveau du service cardiologie, nous avons d'abord été accueillies par la psychologue qui nous a donné son accord pour l'encadrement suite à notre demande qu'elle a acceptée avec bienveillance ainsi on a l'avis favorable du directeur de l'hôpital.

Notre pré-enquête s'agit cerner l'objectif de notre étude et validé notre question de recherche et mener notre hypothèse, dans le but de recueillir des informations sur le thème de notre recherche et d'assurer sur l'existence de notre population d'étude sur le terrain.

### **1.3.La démarche utilisée**

#### **➤ La méthode clinique**

On s'est basé sur la méthode clinique pour vérifier et définir l'hypothèse de notre thème de recherche poursuivie d'un ensemble de techniques.

La méthode clinique elle consiste à observer directement l'objet à étudier et à le suivre pas à pas tout en notant toutes ses modifications, ses évolutions... c'est une méthode empirique où il n'y a aucune sorte d'intermédiaire entre l'observateur et ce qu'il étudie. On la retrouve, en dehors de médecin, dans l'ethnologie, les études des cas, les monographies, l'observation participantes... (Aktouf.O, 2006, P.29).

Contrairement à ce que l'étymologie pourrait laisser croire, la méthode clinique n'est pas nécessairement celle que le psychologue utilise « apurés du lit de malade ». Elle est en général tout à fait distincte de la méthode pathologique comparative dont il a été question au chapitre précédent. Elle est, certes, la méthode de choix (mais non la méthode exclusive) employée en psychologie pathologique par les psychologues cliniciens, c'est-à-dire, selon P. Fraisse, par les psychologues « appelé à travailler en collaboration avec les médecins, dans les différents hôpitaux, dans les consultations d'hygiène mentale et dans les services psychopédagogiques ». Mais les psychologues cliniciens considèrent souvent que la méthode clinique s'applique aussi bien aux conduites adaptées qu'aux désordres de la conduite, qu'elle est une méthode de recherche propre à croître nos connaissances générales en psychologie, et non pas seulement la

méthode d'une certaine catégorie de praticiens.

Cependant, la méthode clinique a bien emprunté ce qui fait son unité à pratique médicale : la convection, que seul, une étude approfondie d'individus particulières, dont l'individualité est reconnue et respecté, qui sont considérés « en situation et en évolution », peut permettre de comprendre ces individus et peut-être, par eux, de comprendre l'homme. Mais cette unité de la méthode clinique est toute relative. Il convient d'évoquer les contextes très différents dans lesquels les psychologues ont procédé et procèdent à l'étude de cas individuels, qu'ils emploient ou non, à cette occasion, l'expression « méthode clinique ». (Maurice.R, 2002, p. 99-100).

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

#### ➤ **La méthode qualitative**

Les méthodes dites qualitatives sont adaptées à une recherche approfondie, sur un petit nombre de données (caractère intensif). On gagne en finesse ce que l'on perd en systématique, disait P. Bourdieu. (Livian. Y, 2015, p. 38).

Ce peut être soit une simple description, un simple dénombrement avec quelques ratios plus ou moins élémentaires, soit une analyse en profondeur d'ordre psychosociologique, sociologique... avec interprétation des résultats et extrapolations. On cherchera aussi bien à mettre en évidence des faits nouveaux, inattendus, qu'à dégager des tendances globales ou des indices généraux qui indiqueraient des distinctions au sein de la population soumise à la recherche. Dans tous les cas, le chercheur devra disposer d'une grille d'analyse basée sur la ou les théories particulières appartenant au champ de connaissances retenu pour conduire sa recherche : psychologie, sociologie, économie, gestion...

En aucun cas l'analyse qualitative ne peut se faire sur la base de simples croyances, ou, encore moins, de simple bon sens. (Aktouf.O, 2006, p. 125).

#### ➤ **Étude de cas**

Le cas peut être une organisation, un événement, un individu, un groupe que l'on va étudier en détail. Ce cas pourra être étudié de manière longitudinale (c'est-à-dire

dans son évolution dans le temps). Cette méthode convient bien à une recherche exploratoire (sur laquelle on dispose de peu d'hypothèses) ou à l'étude d'un événement rare ou spécifique.

On peut faire une recherche sur un seul cas (si l'importance le justifie) ou sur deux ou plusieurs, que l'on va comparer entre eux.

Les apports de cette méthode sont la grande richesse des données recueillies et la capacité à voir l'évolution dans le temps du phénomène étudié. Bien entendu, cela suppose que le chercheur puisse pénétrer sur le terrain ou avoir accès à un corpus défini, et ceci de manière détaillée.

La généralisation des résultats sera bien sûr délicate (sauf si l'on peut démontrer que le cas est typique). Dans l'étude de cas, le recueil de données se fait le plus souvent par entretiens. (Livian. Y, 2015, P.45).

L'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique (Pédinielli, p.67). (Doron. J, 2001, p.37).

## **2. Présentation du lieu de recherche**

Notre stage pratique c'était probable de le faire au sein d'établissement public hospitalière d'Akbou surnommé « Akloul Ali ». Cet hôpital datant d'avant l'indépendance, son siège était au centre-ville d'Akbou et construit en 1872. En 1959 il fut décidé de construire une nouvelle, les travaux commencèrent en 1960 furent achevés en mars 1962, suivi après par le transfert du siège qui ouvert ses portes le 02 novembre 1968.

Le secteur sanitaire d'Akbou « Akloul Ali », est situé au sud de la vallè de la Soummam, de distance estimée de 70km du chef-lieu de la wilaya de Bejaïa. Le nombre d'usagers de ce secteur 263394, couvre (06) daïras constituant de 15 communes, totalisent une population de plus de 260 000 habitants repartis dans 188 villages.

### 2.1 Les services de l'hôpital d'Akbou

Il est constitué des services suivants :

- ✓ Médecine interne homme 33 lits
- ✓ Médecine interne femme 35 lits
- ✓ Pédiatrie et néonatalogie 33 lits
- ✓ Chirurgie générale 44 lits
- ✓ Gynéco obstétrique 34 lits
- ✓ Hémodialyse 13 lits
- ✓ Un pavillon des urgences avec une salle d'observation 10 lits
- ✓ 02 Blocs opératoires 04 salles d'opérations
- ✓ 01 Laboratoire d'analyse médical
- ✓ 02 Services de radiologie
- ✓ 01 Point de transfusion sanguine
- ✓ Les services administratifs

➤ Une direction générale, attenante au secrétaire général.

➤ Les sous directions du personnel et de la formation, de l'économat et de l'équipement, des services sanitaires. A ces trois derniers sont rattachés les bureaux d'ordres suivants :

- Le bureau des coûts, le bureau des statistiques et de la planification.
- Le bureau des affaires économiques et sociales, le bureau du contentieux, le bureau de la solde, le bureau de la gestion des carrières, le bureau d'accueil et d'information, la surveillance générale et médicale ou bureau du mouvement et de coordination.

Un bureau des admissions (ancien bureau des entrées), une cellule de communication, un bureau du conseil médical, un bureau de la section syndicale et les services annexés et dépendances tels que, la cuisine, la buanderie, la maintenance, le parc auto, la cafétéria.

### 2.2 Déroulement de la recherche

Notre stage pratique rédiger au niveau de l'hôpital « Akloul Ali » à Akbou, d'une période de 10/09/2020 jusqu'à 17/09/2020 après avoir eu l'accorde favorable de la psychologue de service cardiologie et le directeur de lieu.

### 3. La présentation de la population d'étude

La population cible se composait des patients adultes hommes souffrant exclusivement de la cardiopathie sévère ayant tous subi un infarctus du myocarde.

Le recrutement des patients s'est effectué grâce à l'aide des médecins généralistes et cardiologues à partir d'une liste de malades cardiaques ayant été hospitalisés, la moyenne d'âge se situait entre 45 à 71 ans et leur niveau professionnel différent, Ces données cliniques sont pertinentes pour nous permettre ainsi de faciliter l'accès à notre groupe de recherche dans la confidentialité et l'anonymat.

Le patient est entièrement libre de refuser la participation, dans cela on a éliminé les patients qui présente un refus spontané du consentement après notre demande de participer à la recherche.

#### 3.1 Les critères de groupe de recherche

Les critères de sélection pour notre groupe d'étude ont été préalablement établis comme suit :

- **Les critères d'inclusion :**
  - Le consentent éclairé du patient.
  - Le patient souffre d'un syndrome coronarien aigu.
  - Avoir la capacité physique de participer à l'étude.
- **Les critères d'exclusion :**
  - L'âge inférieur à 45ans.
  - Le patient souffre de troubles cognitifs.
  - Un refus spontané du consentement du patient.

**Tableau n° 01 :** Tableau récapitulatif de notre population d'étude.

Critères	Age	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	Type de maladies
Nome					
<b>Mouhand</b>	68ans	Primaires	agriculture	Marie	IDM
<b>Moussa</b>	56ans	Moyen	Chauffeur	Marie	IDM
<b>Omar</b>	63ans	Universités	Comptable	Marie	IDM
<b>Zouhir</b>	51ans	Universités	Entrepreneur	Marie	IDM

**Remarque :** on a changé les noms des patients suite à la confidentialité et l'anonymat de leurs cordonnés.

## 4. La présentation des techniques utilisées

Dans notre recherche on se base sur deux techniques de recherche, entretien clinique et l'échelle d'Hamilton.

### 4.1 L'entretien de recherche

#### 4.1.1. L'entretien clinique

L'entretien en psychologie clinique est une situation d'échange de paroles entre au moins deux sujets qui occupent des positions dissymétriques. Il peut se situer dans le cadre d'une relation d'évaluation, de soin, d'aide ou de conseil. Il a plusieurs buts : permettre de dire, écouter, informer, recueillir, faire dire mais aussi dire quelque chose au sujet. Différents types d'entretien (directif, semi-directif ou non-directif) correspondent aux cadres et aux objectifs évoqués ; le choix est à faire en fonction de la visée de la rencontre (Colette. Ch., 1995).

La conduite de l'entretien dépend des référents théoriques du clinicien. Il s'agit de créer les conditions d'une parole suffisamment libre, ce qui nécessite de la part du clinicien une attitude de non jugement personnel vis-à-vis du matériel apporté. Les notions de neutralité bienveillante, empruntée à la psychanalyse, et d'empathie – empruntée au courant théorique de Carl Rogers – sont souvent employées pour décrire la posture du clinicien. (Laugier.F, 2012, p.256).

L'entretien clinique est donc un entretien qui s'inscrit dans le champ de la relation d'aide. Plus précisément, il a pour objectif l'aide psychologique, qu'il s'agisse de la réalisation de bilans psychologiques, de soutien et de conseils psychologiques ou encore de psychothérapies. Parfois, il est aussi utilisé dans des recherches scientifiques en psychologie. L'entretien clinique est effectué par un psychologue clinicien. D'autres professionnels peuvent effectuer des entretiens cliniques, comme les psychiatres (médecins spécialistes en psychiatries) ou parfois d'autres personnels soignants (infirmiers) sous la supervision d'un psychologue ou d'un psychiatre. (Cyrille.B, 2015, p. 11).

Le clinicien peut utiliser une technique d'entretien variant de l'entretien directif à l'entretien semi-directif.

L'entretien directif n'est pas spécifique de la méthode clinique. Il a l'avantage par ses questions « fermées » de donner la possibilité de réponse précise et quantifiable, mais son emploi se limite dès qu'il s'agit d'explorer une dimension vécue.

L'entretien semi-directif est plus spécifique. Le sujet est invité à parler librement que possible. Le clinicien, sans accabler de question, se laisse guider par le discours associatif. Il ne suit pas une liste de questions, mais garde à l'esprit les points essentiels sur lesquels il désire ensuite revenir, ou qu'il veut approfondir. Ainsi au moment opportun, il peut relancer l'entretien sur des thèmes qui n'auraient pas été encore abordés, ou sur lesquels des éclaircissements sont souhaités. (Mathieu. J, Thomas. R, 1994, p. 278).

Ce dernier est le type utilisé dans notre recherche.

- **L'entretien semi-directif** elle se rapproche de la précédente mais le degré de liberté est plus réduit : l'interrogé aura à répondre le plus directement possible à des questions précises (mais qui restent tout de même assez larges) ; il ne doit pas dévier du cadre de chaque question ni associer librement selon son inspiration comme dans les types d'entretiens précédents.

Ce genre d'entretien est, comme son nom l'indique, à mi-chemin entre la non directive et la directive. Dans la pratique, c'est souvent une combinaison de ces deux formes que l'on utilise. Le but recherché est de s'informer, mais en même temps de vérifier, à l'aide de questions, des points particuliers liés à certaines hypothèses préétablies (nous verrons un exemple plus loin). (Aktouf.O, 2006, p.88- 89).

L'entretien semi-directif combine attitude non-directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance. La nécessité d'assurer à la fois la réexpression compréhensive au niveau de chaque séquence et la souplesse des transitions pour introduire les thèmes demande un entraînement solide et une bonne connaissance de guide d'entretien. (Berthier. N, 2010, p.78).

Les entretiens semi-directifs sont menés sur base d'un guide d'entretien constitué de différents « thèmes-questions » préalablement élaborés en fonction des hypothèses.

Un guide entretien comprend généralement une douzaine de thèmes-question qui, sauf exception à justifier, seront abordés dans un ordre à chaque fois indiqué afin d'éviter que la place du thème dans l'interview (entretien) n'influence la qualité des réponses (on ne répond pas avec la même intensité à une dernière question qu'à la première posée). (Bajoit. G, 2007, p. 69).

- **Guide d'entretien** : généralement établi après quelques entretiens exploratoires, le guide se présente sous forme de « pense-bête » répertoriant les thèmes qui doivent être abordés au cours de l'entretien semi-directif.

Le guide comporte une consigne initiale, comme dans l'entretien non-directif. Il peut revêtir une forme plus ou moins détaillée de la liste de trois ou quatre grands thèmes jusqu'à une série d'informations spécifiées sur deux ou trois pages. On s'attachera à donner à ce document une présentation qui le rende facile à utiliser, avec des mots clés très apparents. (Berthier. N, 2010, p 78-79).

Dans notre recherche on conçu un guide d'entretien qui nous apparut comme méthode la plus adéquate à utilisé dans notre étude. L'entretien constitue le mode de collecte principale de l'information sur le patient. Il s'agit d'entretien semi-directif qui regroupe un ensemble d'axes a exploré par des questions.

L'objectif de ce guide est de recueillir le plus grand possible d'information concernant l'état psychologique plus précisément l'anxiété chez les malades atteint de cardiopathie sévère telle que L'infarctus du myocarde.

Nous avons donc élaboré 4 axes suivent :

Les informations personnelles.

**Axe I** : informations sur l'infarctus myocarde.

**Axe II** : informations sur l'état anxieux des malades qui souffrent d'un IDM.

**Axe III** : informations sur l'aspect relationnel.

**Axe IV** : informations sur le devenir.

## 4.2 Présentation de l'échelle d'Hamilton

### 4.2.1 Définition

C'est l'échelle d'anxiété la plus utilisée. Elle a été conçue pour être utilisée chez des patients ayant un diagnostic d'anxiété afin d'évaluer la sévérité de l'anxiété (Pellet, 1993).

L'échelle de Hamilton (1959) pour l'anxiété en 14 items donne un score global et deux sous-scores (anxiété psychique et anxiété somatique).

Les items couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil et enfin l'humeur dépressive. Il est demandé au clinicien de choisir, en fonction de son expérience, l'intensité qui lui paraît le mieux correspondre à l'état du patient. L'entretien est libre, mais la liste des symptômes proposés

Constitue un guide utile et un rappel de la sémiologie. Elle a été traduite et adaptée à la population française par Pichot et coll. en 1981. (Mirabel- Sarron. C, Vera. L 2011, p. 33).

#### **4.2.2. Mode de passation d'échelle Hamilton**

Elle comporte 14 items que va coter un évaluateur après un entretien clinique classique. D'après Pichot P;

- La note 0 correspond à l'absence de manifestation des symptômes;
- La note 1 correspond à des manifestations d'intensité légère;
- La note 2 à des manifestations d'intensité moyenne;
- La note 3 à des manifestations d'intensité forte et;
- La note 4 à des manifestations d'intensité extrême, véritablement invalidantes.

La note 4 ne doit être attribuée qu'exceptionnellement à des maladies ambulatoires. La cotation est déterminée par la symptomatologie actuelle c'est-à-dire, le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximum d'une semaine.

#### **Cotation :**

La note globale est la somme des notes obtenues à chacun des items. Il est possible d'avoir deux notes partielles : une note d'anxiété psychique (somme des items 1-2-3-4-5-6-14) et une note d'anxiété somatique (somme des items 7à13).

#### **Normes :**

D'après *Bech et Coll.* (1989) :

- de 0 à 5 = pas d'anxiété
- De 6 à 14 = anxiété mineure
- 15 et plus = anxiété majeur. (Marten.B, Cottraux. J, 2005, P.89-90)

L'échelle d'anxiété comprend quatorze (14) items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire, vasculaire, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive:

### **1. Humeur anxieuse:**

Inquiétude – attente du pire – appréhension (anticipation avec peur) – irritabilité- consommation de tranquillisants.

### **2. Tension**

Impossibilité de se détendre- réaction de sursaut-pleurs faciles -tremblement- sensation d'être incapable de rester en place-fatigabilité.

### **3. Peur :**

De mourir brutalement- d'être abandonné – du noir - des gens –des animaux – de la foule – des grands espaces – des ascenseurs – des avions – des transports.

### **4. Insomnie:**

Difficultés d'endormissement - sommeil interrompu- sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil- rêve pénible- cauchemars- angoisse ou malaise nocturne.

### **5. Fonctions intellectuelles (cognitives) :**

Difficultés de concentration – mauvaise mémoire – cherche ces mots – fait des erreurs.

### **6. Humeur dépressive:**

Perte des intérêts – ne prend plus plaisir à ses passe-temps – tristesse – insomnie du matin.

### **7. Symptômes somatiques généraux (musculaires):**

Douleurs et courbatures – raideurs musculaire – grincements des dents – contraction de la mâchoire – voix mal assurée.

**8. Symptômes somatiques généraux (sensoriels):**

Sifflements d'oreilles – vision brouillée – bouffées de chaleur ou de froid – sensations de faiblesse – sensations de fourmis de picotements.

**9. Symptômes cardiovasculaire :**

Tachycardie – palpitation – douleurs dans la poitrine – battements des vaisseaux – sensations syncopales – extra-systoles.

**10. Symptômes respiratoire**

Oppression- douleur dans la poitrine- sensations de blocage, d'étouffement-soupirs-respiratoire rapide au repos.

**11. Symptômes gastro-intestinaux :**

Difficultés pour avaler- douleurs avant ou après les repas, sensation de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissement, creux à l'estomac, colique abdominales-borborygmes- diarrhée- constipation.

**12. Symptômes urinaires :**

Règles douloureuses ou anormales- troubles sexuelles (Impuissance, frigidité)- miction fréquente, urgentes, ou douloureuse.

**13. Symptômes du système nerveux autonome :**

Bouche sèche- accès de rougeur –pâleur- sueur- vertige- maux de tête.

**14. Comportement lors de l'entretien :**

Général : mal à l'aise agitations nerveuse-tremblement des mains-font plisser- faciès tendu- augmentation du tonus musculaire.

Physiologique : avale sa salive- éructations- palpitation au repos- accélération respiratoire-réflexe tendineux vifs- dilatation pupillaire- battements des paupières.

**Synthèse**

Ce chapitre nous à permet de sonder les caractéristiques de notre méthode, et ainsi de répond à la question de recherche de manière fiable à partir des informations nécessaire qu'on a cité au niveau d'hôpital de Akbou au service cardiologie.

La population ciblée et celle des cardiopathies ayant touché par un infarctus du myocarde éprouvant d'anxiété, on a retracé un ensemble des données et des techniques d'investigations telles que l'entretien semi-directif et l'échelle d'Hamilton suspectés afin de

confirmer notre hypothèse formulé au début de la recherche.

# *Chapitre V*

*Présentation, analyse  
des cas et discussion  
de l'hypothèse*

## Préambule

Dans ce chapitre on va présenter les résultats de quatre cas qu'on a étudiés, on va faire une présentation pour chaque cas ensuite un résumé pour lesquels on a fait passer l'entretien clinique et l'échelle d'Hamilton qu'on a effectué avec tous les cas. Ce travail va nous permettre en fin d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

### 1. Présentation et analyse des cas de la recherche

#### Cas N°1 : Mr. Mouhand

Mr Mouhand âgé de 68 ans, demeurant à Awzellageun, marié et père de famille il a deux garçons et deux filles.

C'est un agriculteur dans son village, son niveau d'instruction est faible, il a arrêté ses études à l'âge de 14 ans.

Mr.Mouhand porte des habitudes toxiques telle que l'alcool par fois, et un fumeur de cigarette dès son jeune âge.

Mr.Mouhand est actuellement hospitalisé depuis six jours sous traitements médicamenteux suite à « l'infarctus du myocarde »,il n'a pas subi d'intervention chirurgicale. Il présente palpitation cardiaque.

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

A l'entretien de Mr Mouhand qui à duré 42 min dans une chambre médicale au service cardiologie à l'hôpital d'Akbou, il était très coopératif avec nous et très intéressé de participer.

Au début de l'entretien Mr Mouhand est apparu calme même satisfait de mené l'entretien avec nous.

Il commence a nous raconté les événements le jour où il a subi l'infarctus du myocarde, il s'est réveillé le matin normal comme tout les jours précédent pour allez au travail avec un ami, un peu de temps passé après avoir commencé « je me sentais un malaise des douleurs insupportable au niveau de poignet gauche suite le poignet droit et le coude de la main » « thusagh f laqrih g fus-iw azelmadh, i teghmarthiw tayefusth ». Il n'arrivé pas à bien respirer et devenu froid, le patient commence à trembler et a transpirer quant il nous raconte. Sa fille l'amène à l'hôpital le plus vite possible, il passe par le cardiologue dont il lui annonce

le diagnostic qu'il a fait un « infarctus du myocarde », le médecin lui explique la maladie et lui oblige d'arrêter la cigarette définitivement.

Le patient ne souffre pas d'autres maladies chroniques « non, khati us3igh ara hamdoulah », il n'a jamais été hospitalisé « khati davridh amenzou ara diligh hospitalisé », c'est sa première infarctus du myocarde « khati davridh amenzou ara yitef », y'on a personne de sa famille qui a souffert de cette maladie auparavant « ala, unes3a ara widh yhalen g twachultiw ala nek yarna d nekki ithidiwin s ufusiw ». Il est bien au courant que la cigarette est parmi les facteurs déclenchant de cette maladie, il a déclaré qu'il consomme un à deux paquets par jour « d nekki id sebba lahlak agi tkiyifagh deux paquets g wass surtout g le confinement ni ».

On a constaté quelque signes qui prouve l'anxiété dans ses réponses dit : « le médecin m'annonce ma maladie c'est choquons et inattendu » « inayid lahlakiw zrih yo3ar khel3agh oranewighara ». Dit Mouhand « j'ai directement pensé a ma famille surtout mes filles » « khemagh direct a twachultiw d yessi » continu « j'ai ressenti une immense peur envers cette maladie » « thusagh s lkhel3a mlih s lahlak agi ». Et dit aussi « je crains vraiment de faire un autre infarctus du myocarde », « uggadegh mlih ayidughal lahlak agi », ce qui montre la peur du patient lorsque il a prit le diagnostic de médecin puisque il savait la gravité de sa maladie.

Le patient se sent vraiment de la fatigue « je suis toujours fatigué, je dors trop » « 3egough attas, ganegh attas »

Concernant l'aspect relationnel Mr.Mouhand dit « ma famille a eux peur sur moi » « akham-iw uggaden felli mlih », dit aussi « ma famille ma vraiment soutenu suite a ma maladie ainsi même mes proche » « twachult-iw merra ak d lahvav-iw ellan di thamaw ussand ak ar ghouri ».

Mr.Mouhand parle de l'avenir « j'aimerais retourner chez moi auprès de ma famille, je vais prendre soin de ma santé » « Vghigh adhughalegh akham-iw, adhhadreggh imaniw ghef tezmarrth-iw ».

A la fin il nous a dit un conseil pour les jeunes et les vieilles « d'arrêter les cigarettes et l'alcool avant d'arrivé a un certains stades » « awal-iw aneggarou adinigh ak i ylemziyin ak d yemgharen am nekki adhhevsen dekhan ak tsesith akhatar lhadja ur ylhin ara i tezmarrth ».

### L'anxiété chez Mr. Mouhand

Après avoir l'analyse d'entretien de Mr. Mouhand on découvre qu'eu une anxiété marquée d'après sa façon de parler.

En effet, le principe d'anxiété est que la situation à laquelle le patient suppose un danger imminent face a la cigarette qui peut être responsable de nombreux comportement qui décrire le rythme, la fatigue et la profondeur de sommeil, bouffait de rageur manifeste a un certains origines somatique qu'il sente que celle décrites des douleurs au niveau de coude et le poignet.

Mr. Mouhand estimé de guérisse malgré ces douleurs et ces souffrances des qui début sa maladie avec une présence de la peur de mourir.

### L'analyse des données de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

La passation de l'échelle a Mr. Mouhand

Dans le premier item « **Humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible. Le patient soit plus irritable ou se sente moins sûr de lui que d'habitude est peu clair.

Dans le deuxième item « **Tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, et la fatigue agitée. Le patient a répondu que l'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne.

Dans le troisième item « **Craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans les lieux publics, d'être seule, de la circulation, des inconnus, du noir, etc. le patient a répondu qu'il vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

Dans le quatrième item « **Insomnie** » qui couvre l'expérience subjective du patient concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération. Le patient a répondu que durée et profondeur du sommeil habituelles.

Dans le cinquième item « **Troubles de concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire. Le patient n'est pas clair si a des difficultés de concentration et de mémoire.

Dans le sixième item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir. Le patient montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte de d'espoir.

Dans le septième item « **Symptômes somatique généraux (musculaire)** » qui incluent la faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque. Le patient répondu que les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du patient.

Dans le huitième item « **Symptômes somatiques généraux (sensorielle)** » qui incluent une fatigabilité accrue ainsi que la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, inclut l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid et des sensations de fourmillements. Le patient répondu les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne.

Dans le neuvième item « **Symptômes cardio-vasculaires** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de devoir s'évanouir. Le patient a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaire, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

Dans le dixième item « **Symptômes respiratoire** » sensation de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante. Le patient a répondu que les symptômes est peu claire.

Dans le onzième item « **Symptômes gastro-intestinaux** » couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. Le patient a répondu non c'est absent.

Dans le douzième item « **Symptômes urinaires et génitaux** » 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. Le patient a répondu ce n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

Dans le treizième item « **Autres symptômes du SNA** » inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. Le patient répondu Présence peu claire.

Dans le quatorzième item « **Comportement pendant l'entretien** » le patient peut paraître tendu, nerveux, agité, inquiète tremblant, pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien.une estimation globale est faite sur base de ces observations. Réponse le patient est modérément anxieux.

Suite a la passation de l'échelle a Mr. Mouhand qui a mit 15mn il a obtenu un score de (24) points, ce qui signifie une anxiété légère.

Il a obtenu (03) réponses de degré (0) dans l'item

- Insomnie
- Symptômes Gastro-intestinaux
- Symptômes génitaux urinaire

Ce qui signifié absence de symptômes chez le patient.

Il a obtenu (04) réponses de degré (01) dans les items :

- Humeur anxieux
- Troubles de la concentration et de la mémoire
- Symptômes respiratoire
- Autres symptômes du SNA

(02) réponses de degré (02) dans les items:

- Crainte
- Comportement pendant l'entretient

(04) réponses de degré (03) dans les items :

- Tension nerveuse

- Humeur dépressive
- Symptômes musculaire
- Symptômes cardio-vasculaires.

(01) réponses de degré (04) dans les items :

- Symptômes somatiques généraux : sensoriel.

#### **La conclusion de cas de Mouhand :**

Mr Mouhand a développé une anxiété d'après avoir subi un infarctus de myocarde, l'analyse de l'entretien ainsi l'observation directe prouve l'état anxieux de patient et confirmé par le score obtenu sur l'échelle d'Hamilton qui est de (24) signifie une anxiété légère la majorité des items contiens des réponses qui exprime la présence de l'anxiété.

On a constaté que le patient a une anxiété pathologique suite a l'infarctus du myocarde, il est dominé par la peur et la fatigue ainsi l'inquiétude sur sa santé.

#### **Cas N°2 : Mr. Moussa**

Mr. Moussa âgé de 56 ans, demeurant à Bejaïa, marié et père de 5 enfants deux garçons et trois filles, c'est un chauffeur de camion, son niveau d'instruction et moyen. Il a arrêté ces études au niveau terminal.

Mr. Moussa est porte des habitudes toxique telle que le tabac à chiquer et fumeur de cigarette dés son jeune âge.

Mr. Moussa est hospitalisé depuis dix jours sous traitement médicamenteux suite à un diagnostique qui a été posé par le cardiologue : « infarctus du myocarde ».

Le patient présente de symptômes telle que les douleurs dans la poitrine, la sensation de devoir s'évanouir.

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

A l'entretien de Mr. Moussa qui a duré 39 min dans une chambre médicale au service cardiologie à l'hôpital d'Akbou, il était très intéressé de participé.

Au début de l'entretien Mr. Moussa est apparu même satisfait d'échanger des paroles

avec nous, malgré que les traits de son visage aient montré des signes de souffrance et de fatigue.

Il commence à nous raconter les événements de jour où il a subi l'infarctus du myocarde. Il s'est réveillé le matin, il a pris son trajet vers Akbou à 5 heures du matin pour un chargement de marchandise « kreghd svah, skreggh l camion démarigh ar Akbou aken ad3ebighg g l'usine n Soummam ».

Mr. Moussa en route a senti un malaise de gêne de bouffer de chaleur et des douleurs à la poitrine, l'infarctus lui arrivé dans le camion, il est transporté en urgence de l'hôpital d'Akbou « deg uvridhiw thusagh cv pas italiyid lahmou qarhniyi idhmarniw, fchlegh ikel, subaghd mi yiwin kan a svitar n akbou ».

Le patient déclare qu'il souffre de d'autre maladie le diabète et la tension « ih, s3igh lahlak nidhen skar d la tension », il a fait un arrêt cardiaque lors de son infarctus du myocarde « Ih, tetfiyi la crise g ul ».

Le patient il été déjà hospitalisé, la première fois le médecin lui a diagnostiqué qu'il souffre des troubles cardiaques, et celle-là c'est la deuxième fois à cause de cet « infarctus du myocarde » dont il a subi une intervention chirurgicale « ih, kechmagh yakan ar svitar asmi yitif la crise agi, ed toura mi 3legh l'opération ».

Mr. Moussa dit : Y'on a personne de sa famille qui a souffert de cette maladie auparavant « ala, unes3a ara widh yhalcken g twachultiw », il savait que la cigarette provoque des maladies de cœur mais il n'a pas imaginé que sa lui arriverai, il a déclaré qu'il consomme plus d'un paquet par jour « ya3lem bli dukhan ytawaid lahlak n wul mi u3limegh ara ayidawedh ayikhdem lahlak ».

Le médecin lui annonce sa maladie : « je n'arrive pas à croire ça me étonner, je ressens du mécontentement de cette annonce, j'ai tous de suite pensée à ma famille, et l'idée de mourir » « mi dyenna tviv khel3agh, ur yuminegh ara, khemagh, d'aken d dukhan iyisawdhen ar daki diractement a twachult-iw, nigh adhemthagh », comme il craint de la répéter à nouveau « uggadegh as3iwdegh tajdhit », dit aussi : qui a eu des difficultés d'endormissements « oui, ikharviyi ak yides ugganegh ara bezzaf ». Tous cela Mr. Moussa montre la peur lorsque il a pris le diagnostic de médecin puisque, il savait la gravité de sa maladie.

Concernant l'aspect relationnel du patient « ma famille s'inquiète constamment sur moi, me laisse pas faire beaucoup d'effort » « twachult-iw tetqalaq mlih felli, uyithchajara

adh3atsavagh » dit aussi a propos le soutien morale de la part de sa famille « oui, je reçoit beaucoup de soutien et d'encouragement surtout de la part de sa femme qui me comprend mieux que personne » « achou kan ufigh mlih twachult-iw zathi amalaha tametuth-iw tet3awaniyi mlih tkhedmiyid lcourag ».

Mr. Moussa nous a parlé de sur son avenir apparait inquiet dit : « franchement après mon infarctus du myocarde, l'avenir me semble gravement peur d'idée de faire un autre me honte, « sah, âpre lahlak aki dunith tvaniyid uggadegh ukan ayidughal avridh nidhen ».

Le grande souhait de patient faire les projets d'avenir pour sa famille dit : « oui, beaucoup de choses, mes seules projets de voire mes filles mariée, et mes garçons grandir pour me remplacer si je n'aurais peut-être pas la et de réussir dans leur vie, et une longue vie pour ma femme » « ih, hawla lahwayej itmenigh aka gher zath adhhadreggh i yessi zujent, arach-ni adhnejhen adhafen ikhedim ak taghzi la3mar ithemetuth-iw ».

A la fin il on a lui posé la question d'ajouter quelque chose Mr. Moussa nous a dit « J'aimerais bien que cette crise ne répète plus, je fais un appel atout les hommes et mes garçons de prends soin de leur santé d'essayer au maximum de s'éloigné de vie toxique par ce qu'elle détruit la vie » « saramegh ur tet3awadh ara lahlak agi, adinigh merra iyergazen d waraw-iw adheba3den ak anda yella lkif akhatar iswaghay sehha ak dunith ».

### **L'anxiété chez Mr. Moussa**

Suit a l'entretien avec Mr. Moussa on découvre qu'eu une anxiété marquée d'après sa façon de parler.

En effet, le principe d'anxiété est que la situation à laquelle le patient fait face suppose qu'un danger imminent peut survenir mais ce dernier n'a pas de place dans la réalité, en restant donc interne à la personne. En revanche face a cette idée un sentiment d'insécurité, de malaise et l'inquiétude que l'on peu qualifier de négatif et qui n'est pas désiré.

Par ailleurs on a remarqué que tous patient opéré n'est pas anxieux de la même façon face a des chirurgies différents. De plus, lorsqu'un patient éprouve de l'anxiété, nous retrouvons de nombreuses manifestations qui expriment cette émotion.

Toutefois, ces différents signes peuvent être variés, on observe tout d'abord des manifestations psychologiques. Le patient va éprouver un sentiment diffus d'inquiétude, de la fatigue, et peut développer une certains irritabilité ou des difficultés de concentration. En

outre, d'autres types de signes peuvent s'y rajouter comme des manifestations physiques peuvent apparaître telle que les douleurs musculaires, maux de tête, sensation de serrement au niveau de poitrine ...etc.

### **Analyse des données de l'échelle d'Hamilton**

La passation de l'échelle a Mr. Moussa

Dans le premier item « **Humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible. Le patient exprime plus clairement qu'il est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou l'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne.

Dans le deuxième item « **Tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, et la fatigue agitée. Le patient a répondu que semble quelque peu plus nerveux et tendu que d'habitude.

Dans le troisième item « **Craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans les lieux publics, d'être seule, de la circulation, des inconnus, du noir, etc. le patient a répondu que ces craintes sont pas claire si présente ou pas.

Dans le quatrième item « **Insomnie** » qui couvre l'expérience subjective du patient concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération. Le patient a répondu que la profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

Dans le cinquième item « **Troubles de concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire. Sa réponse dite Même en faisant un gros effort, le patient éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

Dans le sixième item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir. Le patient fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le

patient ne peut pas être distrait de son état.

Dans le septième item « **Symptômes somatique généraux (musculaire)** » qui incluent la faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque. Le patient a répondu que les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du patient.

Dans le huitième item « **Symptômes somatiques généraux (sensorielle)** » qui incluant une fatigabilité accrue ainsi que la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, inclut l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid et des sensations de fourmillements. Le patient nous a indiqué des symptômes plus prononcé qu'habituellement.

Dans le neuvième item « **Symptômes cardio-vasculaires** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de devoir s'évanouir. Le patient a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaire, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

Dans le dixième item « **Symptômes respiratoire** » sensation de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante. Le patient a des symptômes respiratoires présents, mais est toujours capable de les contrôler.

Dans le onzième item « **Symptômes gastro-intestinaux** » couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. Il a déclaré que les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et son travail.

Dans le douzième item « **Symptômes urinaires et génitaux** » inclut des symptômes nonlésionnelsoupsychiquescommeunbesoind'urinerplusfréquentouplusurgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection. Le patient a répondu ce n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

Dans le treizième item « **Autres symptômes du SNA** » inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. Nous a répondu

Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du patient.

Dans le quatorzième item « **Comportement pendant l'entretien** » le patient peut paraître tendu, nerveux, agité, inquiète tremblant, pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. une estimation globale est faite sur base de ces observations. Le patient est anxieux de façon marquée.

Suite a la passation de l'échelle a Mr. Moussa qui a mit 15mn il a obtenu un score de (31) points, ce qui signifie une anxiété modérée aggravée.

Il a obtenu (04) réponse de degré (1) dans l'item

- Tension nerveuse
- La crainte
- Symptômes somatique générale : sensoriel
- Symptômes génitaux urinaire.

(05) réponses de degré (2) dans l'item

- Humeur anxieux
- Insomnie
- Troubles de concentration et de la mémoire
- Symptômes respiratoire
- Autres symptômes SNA

(03) réponses de degré (3) dans l'item

- Symptômes somatiques généraux : musculaires
- Symptômes cardio-vasculaires
- Comportement pendant l'entretien.

### **Conclusion du cas de Mr. Moussa**

D'après l'analyse de l'entretien on a constaté que le patient présent une anxiété pathologique suite a l'infarctus du myocarde, depuis sa maladie la personne souffre de trouble anxieux d'après lui éprouve des sentiments excessif et irréaliste qui perturbent ces relations, ces activités et leur rendement au travail. Le patient exprime aussi sa crainte de l'idée de mourir.

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

### Cas N°3 : Mr. Omar

#### Présentation du 3ème Cas du Mr. Omar

Omar âgé de 63 ans, demeurant à Akbou, marié et père de trois garçons. Omar est retraité ancien employé d'une agence de comptable d'un niveau d'instruction universitaire.

Omar est actuellement hospitalisé à partir de six jours de traitement médicamenteux suit à un diagnostic qui a été posé par un cardiologue déclare « un infarctus du myocarde ».

Les symptômes qui présentent tachycardie, les troubles digestifs et des essoufflements.

#### L'analyse des données d'entretien

A l'entretien de Mr. Omar on lui observé dans une chambre médicale pendant 47 min, de l'hôpital d'Akbou.

Au début de l'entretien le patient se montre évident et confiant de communiquer avec nous.

Sur sa maladie il nous a dit : « qu'il n'exerce pas de d'autres maladie, et n'a jamais fais un arrêt cardiaque auparavant » « non, us3igh ara, ou la3mar tetfiyi », « mais j'ai été déjà hospitalisé a cause d'un accident de route y 'avais 9 ans en arrière, mais je suppose aucun d'autre problème » « ih kechmagh yakan a svitar khemagh accident g avridh Safi 9 ans, ma3na hligh us3igh ara aghvel ».

Il nous a dit qu'il a ressenti des douleurs au cœur « mon cœur batte rapidement, j'ai vraiment mal je sente une chaleur et l'envie de vomir » « thusaghul-iwikathmlih, uba3ed lahmou mem vghugh adaragh ».

Mr. Omar dit que sa maladie il a hérité de son père « lahlak aki warthaghtid deg vava » il était atteint de la maladie du cœur et elle était la cause de son décès à l'âge de 76 ans, « vava yahlek ul-is i d sebba n lmoutha ynes ». Omar ne consommer pas beaucoup de cigarette maximum 2 à 3 cigare pendant 2 ou 3 jours, » je prends mon temps de lire le journal » « ur tkiyifagh ara atas nek, thibigh adheghreg h l journal ».

Lors de l'annonce de son médecin dit Omar : « j'étais surpris et frayer je n'arriver pas

à croire tellement je n'ai pas reconnu les signes de cet infarctus du myocarde » depuis celle-là il senti toujours fatiguer, un malaise une sensation de vertige « chokigh mi dina tviv lahlak iw akhatar utvinin ara, mais thusagh s lahzen, s 3ague».

On a remarque qu'il était mal alaise et inquiéter sur sa santé, Il senti incapable de reprendre la responsabilité comme avant dit : « je ressens un mal alaise, je pense trop mais c'est le destin je ne peux rien faire » « thusugh dayen uzmiresh ara i la responsabilité, mais delmaktouy lahlak aki ».

Il avait des complications d'endormissement de fièvre et des douleurs même la fatigue il peu pas accomplir ces tâches, sa famille bien sûr trop inquiéter réagit d'un choc indirect par ce qu'ils savent qu'il ne souffre pas d'autres maladies avant « oui, s3igh laqrih g la3dham-iw, ukhrev yidsiw sa3ugh thawla uzmiresh ara ad khemagh kra » « twachul-iw teqalaq felli tekhlal3 akhatar us3igh ara lahlak nidhen ».

Mr. Omar très croyant de guérir et de soulager, trouve sa famille a ces coté et un amis médecin avec lui « ih, twachult-iw tveded zathi ufighd mem yiwen tviv damdakliw i3awniyi mlih ».

A la fin de l'entretien on a posé la question de l'avenir, Mr. Omar est très optimisme il nous à dis : « je veux guérir et reprendre ma famille et d'assister au mariage de mon fils et voire mes petits-enfants grandir sous mes yeux » « saramagh adhughalegh s'Akham-iw hligh adhdhreggh itmeghra n mmi amchtoh w dzreggh araw n waraw-iw merra timghuren garwan iw».

### **L'anxiété chez Mr. Omar**

Suite à l'analyse d'entretien avec Mr. Omar nous à apparait anxieux de façon marqué.

Le patient souffre du trouble anxieux éprouvent des sentiments excessifs et irréaliste qui perturbe ces relations ou d'accomplir ces tâches.

Comme nous avons décrire les principales cause d'anxiété chez le patient dont l'hérité retrouve de le père a son fils.

Dans le langage courant, on observe qu'il peu batte certaine confusion d'anxiété et d'autre émotions et avoir un esprit ouvert pour combattre sa maladie.

En effet que l'anxiété dépend de l'inquiétude et la peur de patient qui désigne une

réaction a un danger qui peut être présent et visible ou bien suggéré par un certain indices, cela nous permet de voir que la peur a l'instar de l'anxiété se caractérise par un danger réel et physiquement observable.

### Analyse des données de l'échelle d'Hamilton

La passation de l'échelle a Mr. Omar

Dans le premier item « **Humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible. Le patient exprime plus clairement qu'il est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou l'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne.

Dans le deuxième item « **Tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, et la fatigue agitée. Le patient répond que semble quelque peu plus nerveux et tendu que d'habitude.

Dans le troisième item « **Craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans les lieux publics, d'être seule, de la circulation, des inconnus, du noir, etc. le patient a répondu le patient vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

Dans le quatrième item « **Insomnie** » qui couvre l'expérience subjective du patient concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération. Le patient a répondu que la profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

Dans le cinquième item « **Troubles de concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire. Le patient répond Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

Dans le sixième item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir. Le patient montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de

perte d'espoir.

Dans le septième item « **Symptômes somatique généraux (musculaire)** » qui incluent la faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque. Le patient répond Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

Dans le huitième item « **Symptômes somatiques généraux (sensorielle)** » qui incluant une fatigabilité accrue ainsi que la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, inclut l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid et des sensations de fourmillements. Le patient nous a indiqué des symptômes plus prononcé qu'habituellement.

Dans le neuvième item « **Symptômes cardio-vasculaires** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de devoir s'évanouir. Le patient a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaire, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

Dans le dixième item « **Symptômes respiratoire** » sensation de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante. Le patient a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

Dans le onzième item « **Symptômes gastro-intestinaux** » couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. Le patient répond un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient peut encore les contrôler.

Dans le douzième item « **Symptômes urinaires et génitaux** » inclut des symptômes nonlésionnelsoupsychiquescommeunbesoind'urinerplusfréquentouplusurgent,des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection. Le patient a répondu ce n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

Dans le treizième item « **Autres symptômes du SNA** » inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. Nous a répondu les

symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du la patiente.

Dans le quatorzième item « **Comportement pendant l'entretien** » le patient peut paraître tendu, nerveux, agité, inquiète tremblant, pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien.une estimation globale est faite sur base de ces observations. Le patient est anxieux de façon marquée.

Suite a la passation de l'échelle a Mr. Omar qui a mit 16min il a obtenu un score de (30) points, ce qui signifie une anxiété modérée.

Il a obtenu (04) réponse de degré (1) dans l'item

- Tension nerveuse
- Fonction intellectuelle
- Symptômes respiratoires
- Symptômes génito-urinaire

(05) réponse de degré (2) dans l'item

- Humeur anxieuse
- Crainte
- Insomnie
- Symptômes somatiques généraux (musculaire)
- Symptômes gastro-intestinaux

(04) réponse de degré (3) dans l'item

- Humeur dépressive
- Symptômes somatique généraux (sensoriel)
- Symptômes cardio-vasculaire

Comportement lors de l'entretien

Et une (01) réponse de degré (4) dans l'item

- Symptômes du système cerveau autonome

### **Conclusion du cas de Mr. Omar**

Mr. Omar a développé une anxiété d'après avoir subi un infarctus de myocarde, l'analyse de l'entretien ainsi l'observation directe prouve l'état anxieux de patient et

confirmé par le score obtenu sur l'échelle d'Hamilton qui est de (30) signifie une anxiété modérée, la majorité des items contiennent des réponses qui expriment la présence de l'anxiété.

On a constaté que le patient a une anxiété pathologique suite à l'infarctus, il est dominé par la peur et la fatigue ainsi l'inquiétude sur sa santé.

#### **Cas N°4 : Mr. Zouhir**

Mr. Zouhir âgé de 51 ans, habite à Akbou, marié père d'une famille de trois filles et un garçon. Sa profession est un entrepreneur dans une entreprise, qui se situe aussi à Akbou, son niveau d'instruction est bon il obtient un diplôme universitaire.

Mr. Zouhir est actuellement hospitalisé depuis huit jours sous le traitement médicamenteux suite à son deuxième « infarctus du myocarde », survient par consommation d'alcool et les cigarettes causés par les problèmes perçus de travail.

Mr. Zouhir ressent une immense fatigue et des palpitations cardiaques ainsi des difficultés respiratoires.

#### **L'analyse des données de l'entretien semi-directif**

On a fait l'entretien dans une chambre médicale de service cardiologie d'hôpital d'Akbou, il est accepté de faire un entretien avec nous qui a duré 45 min. est apparu calme, gentil et ouvert d'esprit.

Au cours de l'entretien le patient nous a dit que les maladies du cœur portent beaucoup de mal au plan somatique, son corps est souvent fatigué comme lui provoque une peine « lahlak g u laqrih mlih twaqarhen ak la3damiw thusugh s 3egou souvent », surtout que c'est son deuxième infarctus « yarna mlih ithusugh akhatar d wissin ivardhan ».

Il rajoute aussi qu'il souffre de d'autres maladies telles que le diabète et la tension « ih, s3igh digh skar d la tension ».

Le patient mentionne qu'il était déjà hospitalisé à cause d'un arrêt cardiaque survenu dans son bureau ils ont transporté en état d'urgence à cause de la pression de travail, même d'après mon médecin déclare que la cigarette et l'alcool sont des facteurs déclenchant aussi par ce que je consomme beaucoup « kechmagh déjà svitar tetfiyi la crise g le bureau ynugh 3la jal lketra n lkhedma safi 14 moins yagi tughaliyid, yzmer mem g dukhan idyeka ».

Il rajoute qu'il souffre des complications suite a sa maladie « j'ai des douleurs au niveau de la poitrine, mes bras et mes pieds foireux et manque de souffle » « s3igh laqrih g dmaren, ifasn-iw d Darren-iw thusughasen fachlen i istmara itnafisagh ».

Il nous à dit que « personne ne souffre de cette maladie dans ma famille » « hed uryahlik g twachul-iw anagar nekki ».

Lors de l'annonce du médecin sur ma maladie « j'étais triste, c'était une période de doute d'inquiétude marquée par des douleurs corporelles. J'ai pensé à la réaction de ma famille qu'elle ne pourrait pas accepter cette nouvelle surtout ma petite fille » «mi dina tviv s3igh lahlak ak husagh s lahzen selqalqa ak dleqrih n ldjesa ynugh akham-iw utammen ara felli itaklen srtu yelli tavstohth ».

En outre, quand on lui a posé la question des modifications après avoir cette maladie, il déclare « des douleurs dans tout son corps, il se sentait incapable d'aller au travail, souffrait d'insomnie et d'un manque d'appétit » « s3igh échangé gmi halkagh aka laqrih la3dhamiw, ta3dazagh adrohegh a lkhadma, idhas chwiya ka u tesgh ara bien».

Mr. Zouhir a de bonnes relations avec son environnement familial et amical et surtout la générosité de sa sœur et son mari cela est illustré dans sa réponse « je trouve beaucoup de soutien de la part de ma famille, mes amis surtout ma sœur et son mari » « ufigh mlih afus lm3awna deg twachul-iw d ymduka-iw srtu wtma d wargaz-is ».

A la fin de l'entretien on lui a posé la question sur son avenir, il souhaite de rester auprès de sa famille et de s'occuper de son travail à nouveau avec une bonne santé et avoir une vie tranquille sans douleur et souffrance pour sa famille car cette maladie est un enfer pour lui « j'aimerais revenir auprès de ma famille reprendre mon travail avec une bonne santé sans avoir des problèmes et des douleurs mais de vivre seins et tranquille » « saramegh adhughalegh a twachult-iw d lkhedma ynegh mbla ighavlan mi s sehha d lahna ».

### **L'anxiété chez Mr. Zouhir**

Face à l'entretien de Mr. Zouhir on a observé qu'il a une anxiété sévère. Le patient est classé dans une catégorie de manifestations psychologiques comme la peur, la colère, ces émotions elle interprète les réponses émotionnelles du patient par des douleurs musculaires.

Cette douleur, quelque soit la cause, peut être créatrice de l'anxiété, celle-ci est associée à d'autres symptômes somatiques, cardiaques, respiratoires et surtout la tension

durant sa période d'hospitalisation.

On résume dans ce cas de Mr. Zouhir que l'anxiété chez lui se différencie de la peur par son déclenchement face à sa maladie « infarctus du myocarde », alors que l'anxiété survient à un réel danger.

### **Analyse des données de l'échelle d'Hamilton**

La passation de l'échelle a Mr. Zouhir et comme suit :

Dans le premier item « **Humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible. Le patient répond que le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du patient.

Dans le deuxième item « **Tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, et la fatigue agitée. Le patient a répondu les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du patient.

Dans le troisième item « **Craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans les lieux publics, d'être seule, de la circulation, des inconnus, du noir, etc. le patient répond le patient vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

Dans le quatrième item « **Insomnie** » qui couvre l'expérience subjective du patient concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération. Le patient a répondu la durée du sommeil et sa profondeur est altérée de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

Dans le cinquième item « **Troubles de concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire. Le patient répond que même en faisant un gros effort, le patienté prouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

Dans le sixième item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir. La montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

Dans le septième item « **Symptômes somatique généraux (musculaire)** » qui incluent la faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque. Le patient a répondu le patient semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

Dans le huitième item « **Symptômes somatiques généraux (sensorielle)** » qui incluant une fatigabilité accrue ainsi que la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, inclut l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid et des sensations de fourmillements. Le patient a répondu 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 fourmillements de la peau.

Dans le neuvième item « **Symptômes cardio-vasculaires** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de devoir s'évanouir. Le patient a des symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du patient.

Dans le dixième item « **Symptômes respiratoire** » sensation de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante. Le patient a répondu que les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient est toujours capable de les contrôler.

Dans le onzième item « **Symptômes gastro-intestinaux** » couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. Le patient nous a répondu Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

Dans le douzième item « **Symptômes urinaires et génitaux** » 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. Le patient a répondu ce n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

Dans le treizième item « **Autres symptômes du SNA** » inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. Nous a répondu un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne

et le travail du/de la patiente.

Dans le quatorzième item « **Comportement pendant l'entretien** » le patient peut paraître tendu, nerveux, agité, inquiet, tremblant, pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations. Le patient est anxieux de façon marquée.

Suite à la passation de l'échelle à Mr. Zouhir qui a mis 15mn il a obtenu un score de (35) points, ce qui signifie une anxiété modérée à grave.

Il obtient (03) réponses de degré (1) dans l'item

- Symptôme somatique généraux musculaire
- Symptômes gastro-intestinaux
- Symptômes urinaires et génitaux.

(04) réponse de degré (2) dans l'item

- La crainte
- Troubles de la concentration et de la mémoire
- Symptômes somatiques généraux : sensoriels
- Symptômes respiratoires

On a noté (04) réponse de degré (3) dans l'item

- Insomnie
- Humeur dépressive
- Autres symptômes du SNA
- Comportement pendant l'entretien

Et (02) réponse de degré (4) dans l'item

- Symptômes cardio-vasculaires
- Humeur anxieux
- Tension nerveuse

### **Conclusion de cas de Mr. Zouhir**

D'après les résultats de l'entretien de Mr. Zouhir nous avons observé que le patient manifeste une anxiété élevée suite à son « infarctus du myocarde ».

Les résultats de l'échelle d'Hamilton sur le patient nous ont confirmé que le patient est en état anxieux suite à la note obtenue de 35 points qui est classée dans l'anxiété modérée à grave.

## 2. Discussion d'hypothèse

Cette partie de notre cinquième chapitre, sera consacrée à la discussion et la vérification de notre hypothèse que nous avons formulée précédemment, et pour la confirmer ou l'infirmier dans notre recherche.

A fin d'explorer et d'analyser l'état anxieux chez les malades de cardiopathie sévère « Infarctus du myocarde », nous avons formulé l'hypothèse suivante :

« Les malades hospitalisés pour une cardiopathie sévère " infarctus du myocarde " présentent une anxiété pathologique ».

Pour répondre à notre question de recherche et vérifier notre hypothèse, nous avons effectué notre guide d'entretien semi-directif puis la passation de l'échelle d'Hamilton pour notre population d'étude au sein du service de cardiologie à l'hôpital d'Akbou.

### Le cas de Mr. Mouhand

D'après l'analyse de l'entretien semi directif qu'on a effectué dans notre recherche, nous avons pu déduire que ce patient qui a subi un infarctus du myocarde présente une anxiété. Il est apparu dans ses réponses « Le médecin m'annonce ma maladie c'est choquant et inattendu », il continu « j'ai ressenti une immense peur envers cette maladie » et « je crains vraiment de faire un autre infarctus ».

Ainsi la manifestation des signes d'anxiété dans ses comportements lors de l'observation directe, nous avons remarqué que Mr. Mouhand a un tremblement moteur et il transpire beaucoup lors de l'entretien.

L'échelle d'Hamilton nous a permis de mesurer le degré de l'anxiété chez Mouhand à partir des 14 items de l'échelle. En effet le score obtenu est de (23), renvoi à une anxiété légère.

D'après le résultat obtenu de cet outil de recherche nous pouvons dire que ce cas confirme notre hypothèse.

**Le cas de Mr. Moussa**

D'après l'analyse de l'entretien semi directif qu'on a utilisé dans notre recherche, nous avons pu constater que ce patient qui a subi un infarctus du myocarde présente une anxiété. Nous l'avons remarqué par ses dires « je n'arrive pas à croire ; ça m'a étonné, je ressens du mécontentement de cette annonce, j'ai tous de suite pensé à ma famille, et l'idée de mourir».

Lors de l'entretien nous avons observé des symptômes qui signifient l'anxiété dans ses comportements, Moussa a eu des bouffées de chaleur durant l'entretien.

L'échelle d'Hamilton nous a permis de mesurer le degré de l'anxiété chez Moussa à partir des 14 items de l'échelle. En effet, le score accordé est de 31 nous indique une anxiété modéré.

D'après les résultats obtenus par ces outils de recherche nous pouvons déclarer la confirmation de notre hypothèse pour ce cas.

**Le cas Mr. Omar**

Suite a l'analyse de l'entretien semi directif qu'on a établi dans notre recherche, nous avons pu déduire que ce patient qui a subi un infarctus de myocarde présente une anxiété « j'étais surpris et effrayé je n'arrive pas à croire tellement je n'ai pas reconnu les signes de cet infarctus du myocarde ».

Durant l'entretien nous avons remarqué l'existence des symptômes de l'anxiété d'après ses comportements une peur remarquable.

L'échelle d'Hamilton nous a permis de mesurer le degré de l'anxiété chez Omar d'après les 14 items de l'échelle. En outre, le score retenu est 30 qui désigne une anxiété modéré.

D'après les résultats obtenus par ces outils de recherche, nous pouvons annoncer la confirmation de notre hypothèse pour ce cas.

**Le cas de Zouhir**

Face a l'analyse de l'entretien semi directif qu'on a établi dans notre recherche, nous avons pu constater que ce patient qui a subi un infarctus de myocarde présente une anxiété « j'étais triste c'était une période de doute d'inquiétude marquer par des douleurs corporelles.

J'ai pensé à la réaction de ma famille qu'elle ne pourrait pas accepter cette nouvelle surtout ma petite fille »

Pendant l'entretien nous avons observé des symptômes qui signifient l'anxiété dans ses comportements, Mr. Zouhir souffre de palpitation et de difficulté respiratoire durant l'entretien.

D'après les informations recueillies par notre entretien de recherche chez nos quatre cas, et les observations notées ainsi les résultats obtenus sur l'échelle d'anxiété d'Hamilton nous ont révélé de différentes proportions pour chaque cas, de degré de (23) pour Mr. Mouhand, de (31) pour Moussa, en suite de (30) pour Omar, en fin de (35) pour Zouhir.

De ce fait, on constate que les malades atteints de cardiopathie sévère telle que «Infarctus du myocarde» présentent une anxiété, qui est évident dans l'ensemble des cas de notre recherche, alors notre hypothèse est confirmée par tous les cas.

**Tableau n° 2: résultats de degré d'anxiété de notre population d'étude**

Nombre de cas	Score	Degré de l'anxiété
Cas n° 1	23	Légère
Cas n° 2	31	Modérée
Cas n° 3	30	Modérée
Cas n° 4	35	Gravée

#### **La relaxation Jacobson sur les patients d'infarctus du myocarde souffrant d'anxiété**

On a contribué une psychothérapie de relaxation type Jacobson aux malades ayant été diagnostiqués par une anxiété pathologique.

Nous savons que la relaxation de Jacobson a un effet positif sur l'anxiété, c'est pourquoi après avoir abordé et explicité les termes de l'infarctus du myocarde et d'anxiété, on a souhaité expérimenté la relaxation Jacobson sur les patients ayant subi un infarctus du myocarde et qui présentent une anxiété. En effet, la relaxation aura pour objectif d'apporter un état de détente aux

patients et de diminuer leur niveau d'anxiété.

Les séances de relaxation sont toutes identiques pour tous nos cas pour apporter un cadre, une structure et une organisation aux patients.

1- on a demandé au patient de retirer ses chaussures de s'allonger sur la table médicale, on s'est assuré auprès du patient s'il n'éprouve pas un gêne ou un inconfort.

2- on a expliqué les exercices de respiration profonde : d'inspirer lentement et calmement la bouche ouverte en gonflant le ventre, puis expirer lentement et calmement et on essayant de garder une durée égale dans ces deux phases.

On a expliqué les exercices de Jacobson pour réaliser des démonstrations visuelles, qui consiste à contracter puis relâcher un groupement musculaire, dans le but d'obtenir de façon progressive un état de détente physique et psychologique.

Relaxation inspirée de Jacobson, les contractions musculaires seront de 5 secondes chacune, chaque partie sera réalisée 2 fois. Entre chaque contraction, intercaler 3 respirations. Je précise au patient de bien prendre le temps d'apprécier le relâchement musculaire, de prendre conscience de ses ressentis.

- Poing : je serre les poings, en gardent les bras le long du corps
- Bras : vous allez légèrement décoller les bras de la table, il faut que ça vous tire dans les épaules
- Tête : décoller légèrement la tête de la table
- Visage : vous allez serer très fort les yeux en ouvrant la bouche en grand
- Dos : décollez votre dos de la table (comme si vous vous cambriez)
- Jambe droite : lever légèrement la jambe droite de la table
- Jambe gauche : levez légèrement la jambe gauche de la table
- Pointes de pied en avant : mettez vos pointes de pied en avant
- Pointes de pied en arrière : ramenez vos pointes de pieds vers vos.

3- le moment d'échange et de discussion avec le patient on a posé ces deux questions :

- Comment avez-vous trouvez ses exercices ?
- Comment vous sentez-vous actuellement ?

On a déduit que la relaxation de Jacobson a rapporter un soulagement psychologique auprès des patients.

# *Conclusion*

Les maladies cardiaques réfèrent à une anomalie des artères qui amènent le sang et l'oxygène au cœur, causé généralement par l'athérosclérose, l'accumulation de graisses aux artères. Les blocages aux niveaux des artères coronariennes peuvent mener à un infarctus du myocarde qui veut dire un ralentissement ou interruption de la circulation de sang vers le cœur. L'athérosclérose peut mener vers l'origine de poitrine est principalement un signe de manque d'oxygène au cœur.

L'infarctus du myocarde désigne une nécrose ischémique du muscle cardiaque due à un rétrécissement de la lumière des artères coronaires

Cette étude auprès de patients atteints de cardiopathie sévère qui est l'infarctus du myocarde nous a permis d'explorer l'anxiété survenue brutalement par la maladie.

L'infarctus de myocarde est un type de cardiopathie sévère qui est suscite énormément d'anxiété chez le patient.

Notre recherche a été effectuée au sein de l'hôpital d'Akbou « Akoul Ali » auprès des quatre (04) patients ayant subi un infarctus du myocarde, elle a pour objectif de déterminer l'état anxieux chez les cardiopathies sévère telle que l'infarctus du myocarde, de mesurer et d'évaluer la proportion de l'anxiété du patient ayant subi un infarctus du myocarde et d'élaborer l'échelle d'Hamilton pour le tester et le valider sur les malades souffert de syndrome coronarien aigu.

Pour la vérification de notre hypothèse sur l'anxiété pathologique des patients, nous avons fait recours à la méthode qualitative, nous avons effectué l'entretien clinique semi directif pour recueillir des informations sur le patient, et nous avons élaboré une échelle d'anxiété d'Hamilton pour explorer et mesurer le degré d'anxiété.

Ces outils de recherche ont été utilisés sur les quatre cas, dans le but d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

D'après les résultats obtenus nous ont démontrés que notre hypothèse a été confirmée pour tout les cas de notre recherche.

L'anxiété est fréquente chez les malades cardiopathies hospitalisées, et peut être diminué par des techniques de relaxation. L'état de relaxation pertinent pour palier l'anxiété. Dans ce contexte, la relaxation de Jacobson a été intégré à la prise en charge de patients pour but a été de leur apprendre à se relâcher pour qu'il puisse par la suite contrôler ses manifestation anxieuses.

(infarctus du myocarde) d'être utile d'ouvrir de nouvelle recherche ou de renouvelée plus largement pour validé l'efficacité de cette recherche.

*La liste des références  
bibliographiques*

## La liste des références bibliographiques

---

- 1) Ait-Elghali, H. (2011), « *prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aigüe* ». Doctorat en médecine, université Cadi Ayyad, Merrak
- 2) Aktouf, O. (2006). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*. Montréal, Canada : HEC.
- 3) Ambrosi, P. (2012). *Cardiologie aux épreuves classantes nationales*. Paris, France : Lavoisier.
- 4) Américain Psychiatrique Association (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd). Paris : Elsevier Masson.
- 5) Attias, D. Lellouche.N, (2018). *Cardiologie Vasculaire*. (8<sup>e</sup> éd). Paris, France : Vernazobres-Grego.
- 6) Bajoit, G. (2007). *Apprendre à chercher* (3<sup>e</sup>éd). Paris, France : Boeck, Larcier.
- 7) Beaume, S. (2014). *Dictionnaire de médecine ostéopathique*. Elsevier Masson.
- 8) Besançon, G. (1993). *Manuelle de psychopathologie, anxiété, dépression et psychopathologie du corps*. Paris, France : Dunod.
- 9) Bouvard, M. Cottraux, J. 1966, 1998, 2002, 2005, *protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. (4<sup>e</sup> éd). Paris, France : Masson.
- 10) Bouvet, C. (2015), *18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.
- 11) Bruchon- Schweitzer, M. Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé*. (2<sup>e</sup> éd). Paris, France : Dunod.
- 12) Chahraoui, Kh. Benony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique* Paris : Dunod.
- 13) Dervaux, J. L., (2014). *Dépression et anxiété*. France : Dangles.
- 14) Doron, J. (2001). *La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie*. Paris, France : Dunod.
- 15) Graziani, P. (2003). *Anxiété et troubles anxieux*. Paris, France : Nathan, vuef.
- 16) Hammoudi.S, (2004), « *le cœur anatomie* », université d'Alger.
- 17) Hassane, M. Cattan, S. (2012). *Livre blanc du CNCH*. France : collègue national des hôpitaux.

## La liste des références bibliographiques

---

- 18) Haynal, A. W. Pasini, M. Archinard, (1978, 1984, 1997). *Médecine psychosomatiques*. (3<sup>e</sup> éd). Paris, France : Masson.
- 19) [Http:// www.larousse.fr](http://www.larousse.fr), (16/06/2020)
- 20) Isnard, R. Lacroix, D. (2015). *Cardiologie*. (2<sup>e</sup>éd). Elsevier Masson.
- 21) Jan, F. (2005). *Cardiologie*. (2<sup>e</sup> éd). Paris, France : Masson.
- 22) Laugier, F. (2012). *Manuel psychiatrique et de psychopathologie de l'adulte* (1<sup>er</sup> éd). Paris, France : PUF.
- 23) Libbey Eurotext, J. (2007). « *Troubles anxieux : diversité des approches théoriques* », *«L'information psychiatrique* », volume 83/ pages 775 à 780.
- 24) Livian, Y. (2015). *Initiation a la méthodologie de recherche en SHS*. Lyon 3, Franc : HAIL.
- 25) Marc, J. (2006). *Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales*. Québec, Canada : Institut national de santé publique.
- 26) Martin.M, Antony, Ph.D., C.Psych Richard P. Swinson, MD, (1996) « *Les troubles anxieux et leur traitement : Analyse critique de la littérature sur les traitements fondés sur des preuves* ». Santé. Canada
- 27) Mathieu, J. Raymond. Th. (1994). *Manuel de psychologie*. France : Vigot.  
Médecine, Hygiène.
- 28) Mikolajczak, M. (2013). *Les interventions en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
- 29) Mirabel- Sarron, C, Vera.L. (2011). *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, (3<sup>e</sup> éd). Paris, France : Donud.
- 30) Reuchlin, M. (2002). *Les méthodes en psychologie*. (12<sup>e</sup> éd). Paris : France
- 31) Sabbah, L. (2015). *Cardiologie*. (3<sup>e</sup> éd). Paris, France : Elsevier Masson.
- 32) Servent, D. (2011). *Gestion du stress et de l'anxiété*. (3<sup>e</sup> éd). Elsevier Masson.
- 33) Sillamy.N. (2003). *Dictionnaire de la psychologie*. Québec, Canada : Larousse, VUEF
- 34) Soumaille, S. (2015) *L'anxiété et les troubles anxieux*. Genève.
- 35) Sultan, S. Varescon. I. *psychologie de la santé* (1<sup>er</sup> éd) : 2012. France-paris.
- 36) [Www.churigien-cardiaque.com](http://www.churigien-cardiaque.com).(21/03/2020)
- 37) [Www.djazairss.com](http://www.djazairss.com),(24/03/2020)

## La liste des références bibliographiques

---

38) [Www.liberte-algerie.com](http://www.liberte-algerie.com)(16/07/2020)

# *Annexes*

## **Annexe 01 :**

### **Guide d'entretien**

#### **Informations personnelles :**

1. Comment vous-vous appelez?
2. Quel âge avez-vous ?
3. Quelle est votre situation matrimoniale?
4. Quelle est votre niveau d'instruction?
5. Avez-vous des enfants ? Si oui, combien?
6. Exercer-vous une profession ? Si oui, laquelle?
7. Les habitudes toxiques : alcool, tabac, tabac à chiquer, cannabis, psychotrope.

#### **Axe I : informations sur l'infarctus :**

1. Avez- vous contracté d'autres maladies chroniques que celle dont vous souffre actuellement?
2. Lors de votre infarctus avez-vous fait un arrêt cardiaque?
3. Avez –vous déjà était hospitalisé?
4. Combien avez-vous fait d'infarctus ?
5. Avez-vous des complications qui ont suivi l'infarctus?
6. Y'a-t il quelqu'un de votre famille qui a fait un infarctus?

#### **Axe II : informations sur l'état anxieux des malades qui ont subit un infarctus du myocarde**

1. Comment avez-vous appris l'annonce du médecin lorsque vous-avez fais un infarctus ? quel est votre première réaction?
2. Qu'avez-vous ressentir?
3. Qu'avez-vous pensée?
4. Craignez-vous d'autres infarctus à nouveau ?
5. Ya t-il des modifications et des changements pour votre vie quotidienne?
6. Présentez-vous des troubles de sommeil?
7. Ressentiez-vous la fatigue après cet infarctus?

#### **Axe III : informations sur l'aspect relationnel :**

1. Comment votre famille réagit elle face à la maladie?

2. Y'a-t-il un soutien moral d'après cet infarctus?

**Axe IV : informations sur le devenir :**

1. Comment pensez-vous de l'avenir?
2. Avez-vous des projets d'avenir ?
3. Voulez-vous rajouter quelque chose?

**Annexe 02 :****Tableau n°3 : résultats d'échelle Hamilton du cas n°01**

<b>Les items</b>	<b>Les degrés</b>				
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Humeur anxieux		X			
Tension nerveuse				X	
Crainte			X		
Insomnie		X			
Troubles de concentration et de la mémoire				X	
Humeur dépressive				X	
Symptômes somatique musculaire					X
Symptômes somatiques sensoriels				X	
Symptômes cardio-vasculaires		X			
Symptômes respiratoires					
Symptômes gastro-intestinaux	X				
Symptôme généraux-urinaires	X				
Autres symptômes du SNA		X			
Comportement pendant l'entretien		X			

**Tableau n°4 : résultats d'échelle Hamilton du cas n°02.**

Les items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Humeur anxieux			X		
Tension nerveuse		X			
Crainte		X			
Insomnie			X		
Troubles de concentration et de la mémoire			X		
Humeur dépressive					X
Symptômes somatique musculaire				X	
Symptômes somatiques sensoriels		X			
Symptômes cardio-vasculaires				X	
Symptômes respiratoires			X		
Symptômes gastro-intestinaux					X
Symptôme généraux-urinaires		X			
Autres symptômes du SNA			X		
Comportement pendant l'entretien				X	

**Tableau n°5 : résultats d'échelle Hamilton du cas n°03**

Les items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Humeur anxieux			X		
Tension nerveuse		X			
Crainte			X		
Insomnie			X		
Troubles de concentration et de la mémoire		X			
Humeur dépressive				X	
Symptômes somatiques musculaire			X		
Symptômes somatiques sensoriels		X			
Symptômes cardio-vasculaires				X	
Symptômes respiratoires				X	
Symptômes gastro-intestinaux			X		
Symptôme généraux-urinaires		X			
Autres symptômes du SNA					X
Comportement pendant l'entretien				X	

**Tableau n°6 : résultats d'échelle Hamilton du cas n°04**

Les items	Les degrés				
	0	1	2	3	4
Humeur anxieux					X
Tension nerveuse					X
Crainte			X		
Insomnie				X	
Troubles de concentration et de la mémoire			X		
Humeur dépressive				X	
Symptômes somatiques musculaire		X			
Symptômes somatiques sensoriels			X		
Symptômes cardio-vasculaires					X
Symptômes respiratoires			X		
Symptômes gastro-intestinaux		X			
Symptôme généraux-urinaires		X			
Autres symptômes du SNA				X	
Comportement pendant l'entretien				X	

## Annexe 03 :

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

<p><b>1. Humeur anxieuse</b> cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension</p>
<p><b>0-</b> Le /la patient (e) ne se sent ni plus ni moins sur de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.</p>
<p><b>1-</b> que le /la patient (e) soit plus irritable ou se sent moins sur de lui/d'elle que d'habitude est peu claire.</p>
<p><b>2-</b> 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).</p>
<p><b>3-</b> quelquefois, 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).</p>
<p><b>4-</b> le sentiment d'effroi se présente si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de patient (e).</p>

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

### **3- craintes**

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

**0- Absents**

**1-** il n'est pas clair si ces craintes sont présente ou pas.

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

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

**4-** L'anxiété phobique interfèrent clairement avec la vie quotidienne du/de patient(e).

**3-**l'agitation intérieur et la nervosité sont si intense ou fréquentes qu'elle interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de patient (e).

**4-** les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie quotidienne du/de Patient.

### **4- Insomnie**

Cet item couvre l'expérience subjective du/de patient(e) concernant le durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmant sou 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'ya pas d'altération de la profondeur du sommeil.

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

**3-** La durée du sommeil est sa profondeur sont altérée de manier 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 varies 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'habitude.

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

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

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

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

### **6- humeur dépressive**

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

**0-** absente

**1-** il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus 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.

**7- symptômes somatiques généraux : musculaire** ; 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 interférentes jusqu'à certain point avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

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

**8- symptômes somatiques généraux : sensoriels**

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

**0-** absent.

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

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

**3-**les symptômes sensoriels en générale interfèrent jusqu'a 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 cardiovasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

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

### **10- symptômes respiratoires**

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

**0**-absents.

**1**-présence peu claire.

**2**-les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les 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 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 brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

**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 présents le/la patient(e) peut les contrôler.

**3**-le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles 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 clair si présent ou non. (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

**2**-un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents 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 présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

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

**0**-absents.

**1**-présence peu claire.

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

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

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

#### **14- comportements pendant l'entretien**

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

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

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

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

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

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

**<17 : Légère**

**18 – 24 : légère à**

**modérée 25 – 30 :**

**modérée à grave**

**Remarque ;**

**L'échelle d'Hamilton est souvent surévaluée dans les maladies qui**

**S'accompagnent de nombreux troubles fonctionnels comme la  
fatigue chronique ou la fibromyalgie.**

**De notre point de vue, elle est mise à une époque où les pathologies «  
Somnosomatique » 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.**

# L'anxiété chez les malades atteints de cardiopathie sévère (Infarctus Du Myocarde)

Etude clinique à l'hôpital Akloul Ali Akbou- Bejaïa

## Résumé

Cette étude porte sur « l'anxiété chez les malades atteints de cardiopathie sévère (infarctus du myocarde) ». L'infarctus du myocarde c'est l'une des maladies chroniques les plus grave, elle est une nécrose ischémique du myocarde, correspond généralement à une thrombose occlusive brutale d'une artère coronaire. Elle est fréquente plus souvent chez les hommes plus que les femmes.

L'infarctus du myocarde entraîne habituellement de lourdes conséquences sur la santé physique mais aussi sur la santé psychologique, dont elle provoque des troubles émotionnels comme l'anxiété qui est la première réaction.

En effet, notre étude est effectuée au service cardiologie à l'hôpital d'Akbou auprès des malades subi un infarctus du myocarde.

**Mots clés :** cardiopathie, infarctus du myocarde, anxiété

## Summary

Study focuses on anxiety in patients with severe myocardial infarction heart disease. Myocardial infarction is one of the most serious chronic diseases, it is ischemic necrosis of the myocardium, generally corresponds to a sudden occlusive thrombosis of coronary artery. It is more common in men more than women.

The myocardial infarction usually has serious consequences on physical health but also on psychological health, of which it causes emotional disorders such as anxiety, which is the first reaction.

Indeed, our study is carried out in the cardiology department at Akbou hospital with patients suffering from a myocardial infarction.

**Keywords:** heart disease, myocardial infarction, anxiety.

## ملخص

ترتكز هذه الدراسة على القلق لدى المرضى الذين يعانون من أمراض القلب الحادة (عصب عضلة القلب). يعد حقن عضلة القلب أحد أخطر الأمراض المزمنة، فهو نخر إقفاري لعضلة القلب، و يتوافق عموما مع تجلط انسداد مفاجئ في الشريان التاجي. وهو أكثر شيوعا عند الرجال أكثر من النساء

عادة ما يكون لمصاب عضلة القلب عواقب وخيمة على الصحة البدنية و أيضا على الصحة النفسية، و التي تسبب اضطرابات عاطفية مثل القلق وهو رد الفعل الأول

في الواقع، تمت إجراء دراستنا في قسم أمراض القلب، في مستشفى أقبو مع مرضى يعانون من احتشاء عضلة القلب

## الكلمات الدالة

مرضى القلب، احتشاء عضلة القلب، القلق