

Université Abderrahmane Mira
Faculté des séances sociales
Département de psychologie



EN VUE D'OBTENTION DE DIPLÔME MASTER
OPTION: PSYCHOLOGIE CLINIQUE

*ANGOISSE DE LA MORT CHEZ LES PERSONNES ATTEINT D'UNE
INSUFFISANCE RENALE
ETUDE DE 06 CAS A L'HÔPITAL AKLOUL ALI A AKBOU*

RÉALISÉ PAR :
M^r AMEZIANE ABDELKRIM
M^{ME} MAÏFA DAOUIA

ENCADRÉ PAR :
M GHOUAS

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2020/2021

Remerciements

on souhaite remercier sincèrement toute les personnes impliquée de près ou de loin dans cet essai en vue d'obtention de diplôme master.

Un remerciement spéciale à notre encadreur de recherche Mr : GHOUAS qui a su nous guider à travers les différents processus de recherche qui ont mené à la rédaction de cette essai. Il a toujours été présent à nos coté pour nous orienter et nous conseiller a travers ce travail ; il nous a permis d'approfondir aux maximums nous connaissance en psychologie et en méthodologie de recherche par son écoute et sa patience et son appui constant.

Un très grand merci aux personnes aux individus qui lutte chaque jour pour vivre qui affronte leur angoisse, leur souffrance journalière, nous salue votre courage votre sourire malgré les douleurs la fatigue la course contre temps. Salue les insuffisant rénaux

Un grand merci aussi au directeur de centre hospitalier et aux travailleurs pour leur collaboration et leur soutien de nous faciliter la tache à s'approcher des patients et réaliser ce travail et nous mentionnons particulièrement la psychologue Mme ARBANE Nadia.

Dédicace

Je dédier ce travail à

A mes chers parents grâce à leurs tendres encouragements et leurs sacrifices

A mon cher mari Aimad

A mes beaux parents

A mes frères Ghiles et Ayanea mon beau frère Hakim

A ma sœur Naima et son mari Sofiane

A ma belle sœur Tiriza

A yifithene amine Dylan

A tata Fadila et Bahia

A mon binôme

Daouia

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à ma famille mes amis mes collègues de travail

qu'ont jamais cessé de me soutenir durant toute l'année.

A mes parent qui m'ont transmis la curiosité d'apprendre et la persévérance pour poursuivre mes rêves et mes ambitions et pour ce faire ils m'ont donnée beaucoup de courage et d'appui, une mention toute spéciale à ma femme mes enfant qui me déclare toujours qu'ils sont fière de me voire fait les études ; mes frère et sœurs mes voisins qui furent des sources constante d'appui dans mes différents projet personnel et professionnel.

A mes enseignants de l'université Abderrahmane Mira faculté des séances humaine département de psychologie et je mentionne mon encadreur Mr GHOUASSE un ancien amis qui m'a beaucoup orienter Mr KHODJA

ADEL ma collègue Hanane et docteur ANAYAT Abdelkrim

A tout les étudiants de département de psychologie (mon binôme Mme Maafa)

A l'âme du défunt mon cousin et frère Arezki

Merci pour les valeurs et le sens de travail que vous m'avez appris

Abdelkrim

Sommaire

La liste d'abréviation.....	
La liste des tableaux.....	
La liste des figures.....	
L'introduction.....	2

Chapitre I : le cadre générale de la problématique

1- Les raisons du choix de thème	6
2- Les objectifs de la recherche.....	7
3- La problématique.....	8
4- Les hypothèses.....	13
5- La conception opérationnelle.....	16

Partie théorique

Chapitre II :l'aspect médical de l'insuffisance rénale chronique

Préambule.....	18
1-la définition de rein.....	18
2_ la définition des maladies rénales.....	19
3-L'anatomie de rein.....	20
4-le Néphron.....	23
5- le Fonctionnement de rein.....	26
6-Le rôle de rein.....	26

7-la définition de l'insuffisance rénale.....	27
8-Les types de l'insuffisance rénale.....	27
8-1- l'insuffisance rénale chronique.....	28
8-1-1-les symptômes de l'IRC.....	28
8-1-2-les Complications de l'IRC.....	29
8-1-3-Les causes de l'IRC.....	29
8-1-4-Le traitement de l'IRC.....	30
8-2- l'insuffisance Rénale Aigue.....	34
8-2-1-les symptômes de l'IRA.....	35
8-2-2-les complications l'IRA.....	35
8-2-3-les causes de l'IRA.....	36
8-2-4-le traitement de l'IRA.....	36
9-la greffe rénale.....	37
9-1-les avantages de la greffe rénale.....	37
9-2-les inconvénients de la greffe rénale.....	39
10-le diagnostique de l'insuffisance rénale.....	42
Synthèse.....	44

Chapitre III: L'aspect psychologique de l'insuffisance rénale.

Préambule.....	46
1-le vécu psychologique des personnes atteint de l'IRC.....	46
2 Les troubles psychiques chez les personnes atteintes de l'IRC.....	48

3- la qualité de vie et la maladie somatique.....	50
4- la problématique de temps chez les personnes atteintes de l'IRC.....	51
5-l'image de corps chez les IRC.....	52
6-l'IRC et les relations sociales.....	52
7-le soutien psychologique et l'insuffisance rénale chronique.....	53
Synthèse.....	54

Chapitre IV: l'angoisse de la mort

Préambule.....	56
1- l'angoisse.....	56
1-1-les différentes définitions de l'angoisse.....	56
1-2- la conception d'angoisse avant Freud.....	60
1-3-la conception freudienne de l'angoisse.....	61
1-4-la sémiologie d'angoisse.....	61
1-5- l'étiologie de l'angoisse.....	63
1-6- les types d'angoisse.....	67
1-7- le traitement de l'angoisse.....	70
2- l'angoisse de la mort.....	72
2-1-la définition de l'angoisse de la mort.....	72
2-2- la sémiologie de l'angoisse de la mort.....	72

2-3- les type de l'angoisse de la mort.....	73
2-4-les variables associés à l'angoisse de la mort.....	74
2-4-1-la relation entre l'angoisse de la mort et la santé physique.....	74
2-4-2-la relation entre l'Age et l'angoisse de la mort.....	75
2-4-3-la relation entre le sexe et l'angoisse de la mort.....	75
2-5- la pulsion de la vie.....	76
2-6-les théories psychanalytique de l'angoisse de la mort.....	80
2-7_ la résilience.....	81
Synthèse.....	83

Partie pratique

Chapitre V

AXE 01 : la démarche de la recherche et les techniques utilisées.

Préambule.....	86
1-la démarche de la recherche et la population d'études.....	86
1-1- La pré-enquête.....	86
1-2- Le lieu de recherche.....	87
1-3- l'échantillon d'études.....	90
2- La méthode de recherche.....	91
3_techniques utilisé.....	92
4_Le déroulement de la recherche.....	102

Synthèse.....	103
---------------	-----

AXE 02 : Analyse et interprétation des résultats

Cas N°01 : Taklit.....	105
------------------------	-----

Cas N° 02 : Ghania.....	109
-------------------------	-----

Cas N° 03 : Lila.....	112
-----------------------	-----

Cas N° 04 : Atmane.....	115
-------------------------	-----

Cas N° 05 : Karim.....	118
------------------------	-----

Cas N° 06 : Fares.....	121
------------------------	-----

AXE 03 : discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses.....	125
--------------------------------	-----

Conclusion générale.....	130
--------------------------	-----

Suggestions et recommandations.....	132
-------------------------------------	-----

Liste bibliographie

Annexes

Liste des tableaux

Tableau N° 01 : la liste des services hospitaliers et leur capacité techniques.....	89
Tableau N° 02 : récapitulatif des cas étudié.....	91
Tableau N° 03 : présente l'échelle de sélection de L'ANGOISSE de la mort pour Donald Templer.....	101
Tableau N° 04 : des résultats de 1 ^{er} cas de l'échelle de l'angoisse de la mort.....	107
Tableau N° 05 : des résultats de 2 ^{eme} cas de l'échelle de l'angoisse de la mort.....	110
Tableau N° 06 : des résultats de 3 ^{eme} cas de l'échelle de l'angoisse de la mort.....	113
Tableau N° 07 : des résultats de 4 ^{eme} cas de l'échelle de l'angoisse de la mort.....	117
Tableau N° 08 : des résultats de 5 ^{eme} cas de l'échelle de l'angoisse de la mort.....	120
Tableau N° 09:des résultats de 6 ^{eme} cas de l'échelle de l'angoisse de la mort.....	123
Tableau N° 10 : montre les résultats de l'échelle de l'angoisse de la mort de Templar.....	135

Liste des figures

Figures 01 : coupe frontale du rein.....	22
Figures 02 : structure de néphron.....	25
Figures 03 : principe de l'hémodialyse.....	33

Introduction

Introduction

L'une des certitudes de la vie est que celle-ci aura nécessairement une fin un jour. Pourtant, beaucoup vivent dans le déni de cette finitude, tout en gardant l'idée de la mort à côté et hors de leur champ de conscience. C'est l'annonce du diagnostic d'une maladie grave comme le cancer, le sida, l'insuffisance rénale ; cette dernière qui parfois rappelle que la vie aura une fin. L'insuffisance rénale est en effet, encore aujourd'hui, un événement, particulièrement traumatisant et effrayant, en lien étroit avec la mort.

L'insuffisance rénale augmente régulièrement dans l'ensemble des pays sous développés et développé, en Algérie, on estime qu'elle touchent près de 13000 personnes soit une prévalence d'environ 3500 nouveaux cas sont enregistrés chaque année, ce qui indique que la prévalence de l'insuffisance rénale chronique est en constante augmentation ça revient à des raisons du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies métaboliques qui endommagent les reins, particulièrement le diabète et l'hypertension artérielle et aussi le refus de traitement est très élevé, surtout chez les enfants et dans les familles non couvertes par la sécurité sociale (39% chez les bénéficiaires contre 72% chez les non bénéficiaires). Les patients en IRCT nécessitent un traitement de suppléance à la fois lourd et coûteux, la dialyse ou la transplantation. (Grabat, 2010)

Cette maladie peut alors amener le patient à se considérer comme porteur d'un autre statut et à envisager l'échec possible des thérapeutiques et sa mort imminente. L'insuffisance rénale peut conséquemment susciter chez le patient un type d'angoisse particulier : l'angoisse de la mort. Il s'agit

D'une émotion difficile et complexe qui peut s'exprimer en plusieurs pensées ou préoccupations et qui semble affecter les différentes dimensions de la qualité de vie (physique, psychologique, sociale et spirituelle) des patients atteints de l'insuffisance rénale.

Soulager l'angoisse de la mort des patients atteints de l'insuffisance rénale fait partie du rôle des psychologues et des infirmiers. De par ses compétences professionnelles et techniques, de même que ses aptitudes et ses attitudes humaines et relationnelles.

Jusqu'à présent, il y a très peu d'étude qui s'est intéressée, de façon spécifique, à cette problématique de mesurer l'anxiété de la mort des patients atteints de l'insuffisance rénale. La recherche proposée a pour objectif principal d'explorer les liens qui existent entre la maladie rénale et l'angoisse de la mort. Un pré enquête est ajoutée, afin de procéder à la traduction et à l'adaptation du questionnaire guide entretien et échelle de Donald Templer pour l'angoisse de la mort.

La recherche comporte cinq chapitres, soit la problématique de l'étude, les hypothèses, les motivation de choix de thème et les objectif de

l'études dans le premier chapitre et dans le deuxième chapitre nous avons entrepris de montrer l'aspect médicale de l'insuffisance rénale, et donc l'aspect psychologique de l'insuffisance rénale dans le troisième chapitre puis le quatrième chapitre est consacré au sujet de l'étude, qui est l'angoisse de la mort. Passant à la deuxième partie divisé en deux chapitre l'un est le cinquième chapitre de mémoire qui est consacré aux procédures de l'étude de terrain, où l'étude exploratoire a été abordé, le lieu de recherche, l'échantillon de recherche, la méthode et les outils d'étude et leurs propriétés psychométrique. L'autre et le sixième chapitre consacré à la présentation et à l'analyse des résultats et discussion des hypothèses, Finalement, certaines recommandations pour la pratique clinique, sont présentées dans la fin de ce chapitre. Suit une conclusion générale qui reprend les principaux résultats obtenus dans les deux phases de la présente étude terminons par un ensemble de suggestion et recommandations.

Chapitre I :

Le cadre

générale de la

problématique

1_les raisons du choix de thème

Les raisons qui nous pousse à choisir ce thème l'angoisse de la mort chez les personnes atteint de l'insuffisance rénale se compose en deux motivation : l'un est personnel vient d'une expérience personnel, le vécu de toute une vie avec un proche atteint de l'insuffisance rénale et le partage de ces souffrance de ses angoisses de ces peurs journalière ; et l'autre lies aux raisons académique qui sont :

L'importance de cette étude et ces deux variables de l'angoisse de la mort et ces liens à l'insuffisance rénale. Aussi traduction de vécu psychologique et physique des insuffisant rénaux et donne une description sur la souffrance d'hémodialysées et l'impact de la dépendance du malade a la machine et aux membres de l'équipe de soin sur sa vie psychique.

Vu que cette maladie insuffisance rénale est chronique, et la fin de chaque patient c'est la mort, on a pensée de relier cette maladie à un concept psychologique l'angoisse de la mort.

2_ Les objectifs de l'étude :

On veut de faire une recherche sur la maladie insuffisance rénale et la pathologie l'angoisse de la mort, en vue de développer une plate-forme de recherche destinée à répondre à des questions clés concernant les déterminant associe au pronostic de l'insuffisance rénale chronique et évaluer la symptomatologie angoissante chez les patient et voir les possibilités de sa pris en charge.

Démontrer l'effet de l'insuffisance rénale chronique, santé physique sur la santé psychique et la stimulation des angoisses chez les personnes, et étudier un ensemble de facteurs psychosociaux, environnementaux, bioclinique, en relation avec la survie de la fonction rénale et la survenue de diverses séquelles psychiques telles que l'angoisse de mort.

Etudier les associations entre la défaillance rénale et son impact sur l'apparition de l'angoisse de mort.

Ainsi cette étude est dont l'objectif d'expliquer le trouble angoisse de mort dans la vie quotidien des personne en dialyse et qu'ont subi une greffe rénale.

3_Problématique

Dans les dernières années, c'est paru une pathologie très grave et chronique touche presque la totalité de corps humain qui est l'insuffisance rénale. Le terme d'insuffisance rénale chronique (IRC) n'apparait qu'aux alentours de 1950. Au paravent les médecins chercheur intéressé a la succession des maux de Bright chronique, urémie et autres azotémie. Dès la fin du XIXème siècle, il apparait que l'insuffisance rénale chronique entraine des complications extrarénales, impliquant que le rein possède aussi une fonction endocrine. A côté de l'hypertension artérielle traitée plus haut, il s'agit du métabolisme phosphocalcique ainsi que de l'érythropoïèse.

En 1905, W.G. Mac Callum (1874-1944) décrit l'hyperplasie des glandes parathyroïdes associée à l'IRC. Trente ans plus tard, Fuller Albright (1900-1969) attribue cette hyperparathyroïdie à la rétention des phosphates allant de pair avec l'IRC. Ce n'est que dans les dernières décennies du siècle passé que l'on s'aperçoit que cette rétention entraine une hypocalcémie qui, à son tour, stimule la sécrétion de parathormone. Le schéma du mécanisme se complètera avec la mise en évidence du rôle du rein dans la synthèse de la vitamine D. Le diagnostic différentiel d'une insuffisance rénale aigüe est un grand classique de l'examen de néphrologie.

En 1888, le pathologiste Francis Delafield (1841-1915) donne la description princeps de ce que nous appelons aujourd'hui la nécrose

tubulaire aigüe, une des formes les plus fréquentes de l'insuffisance rénale, de cause toxique ou ischémique, parfaitement réversible après régénération des cellules nécrosées (George CR. 2002 P 239).

En 1939, Walter Cannon synthétisera le concept en le nommant homéostasie. Il apparait alors que le rein y tient un rôle majeur. Homer Smith (1895-1962), le maître à penser de nos prédécesseurs, proclamera dans « Le Poisson et le Philosophe » que le rein est le régulateur suprême du milieu intérieur. C'est l'aboutissement d'un siècle de recherche ayant mobilisé comme nous allons le voir les meilleurs médecins, pathologistes, chimistes et physiciens d'Europe et des Etats-Unis. Ils vont d'abord enfin comprendre le processus de formation de l'urine et découvrir ensuite les mécanismes assurant l'homéostasie de l'eau et des électrolytes.

Il revient à l'Allemand Carl Ludwig d'avoir démontré, en 1842, que la production de l'urine commence par une filtration du sang à travers le glomérule. « D'abord, nous dit-il, je n'ai jamais observé de communication directe entre capillaire glomérulaire et lumière tubulaire ; ensuite je constate, en perfusant des reins ex vivo que le glomérule ne laisse passer ni protéines, ni graisse ». (Lambert P.P. L'albuminurie : 1994 tom 2 P 3 et 6).

Il convient de noter que l'anxiété et la dépression sont l'un des troubles mentaux les plus courants chez les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique. Car l'insuffisance rénale et les méthodes de

traitement provoquent des symptômes particuliers qui l'accompagnent, tels qu'un déséquilibre significatif et net dans le mode de vie et le respect d'un programme de traitement qui comprend un programme de dialyse, le respect d'un régime alimentaire spécifique, l'hospitalisation, la peur du handicap et le manque de vie et mort.

À cet égard, l'Organisation mondiale de la santé a indiqué dans son rapport annuel en 2013 que les taux de maladies mentales associées aux maladies chroniques sont en augmentation, après la Seconde Guerre mondiale et ses conséquences de catastrophes, de destructions et de souffrances humain, et la perte de la vie des millions de personnes, de nombreuses études sont apparues qui ont tenté de rechercher des facteurs psychologiques et sociaux fortement liés à la mort, tels que le trouble obsessionnel-compulsif, l'anxiété, la dépression et la frustration, et le contrôle de l'idée de mort sur l'esprit et les émotions des gens. Les théoriciens de la psychologie n'ont pas fait exception à cette attitude de méfiance. La mort a pris de nombreuses années avant de s'implanter comme thème majeur auprès des bâtisseurs de la psychologie, et certaines études ont traité de l'anxiété de mort, comme l'étude d'Al-Nayal (1991) et l'étude d'Al Kamilah (2018), dont les résultats ont montré qu'il existe une relation entre les maladies physiques représentées dans l'insuffisance rénale – les maladies cardiaques et les maladies psychologiques

représentées par l'angoisse de mort. Et aussi l'étude de Jaafar Abu Sabah (2009), qui visait à identifier l'angoisse de mort chez les résidents des zones adjacentes aux usines chimiques en Palestine, a montré le but de cette étude de connaître le degré d'angoisse de mort chez les résidents des zones adjacentes aux usines chimiques israéliennes dans la région de Tulkarem.

Dans notre recherche on doit se référer à l'approche psychanalytique, que certains auteurs issus du courant psychanalytique ont abordé le sujet de la mort à travers le développement de leur théorie. Leur conception de la mort est brièvement décrite dans ce qui suit. Il s'agit de Freud lui-même, ainsi que Jung et Erik Erikson. Toutefois, les auteurs qui ont traité de façon centrale la réalité de la mort, dérivent davantage du mouvement humaniste et existentiel. Qui a pris son ampleur vers le milieu du siècle. Qu'il s'agisse des travaux de d'Elizabeth Kubler-Ross, de Victor Frankl et de Irving Yalom, ces auteurs et cliniciens ont tous développé des conceptions imprégnées de l'inévitable réalité de la mort et ont incorporé celle-ci en tant que force motrice et signifiante de la vie. La mort a ainsi pu s'intégrer de façon plus marquante au domaine de la psychologie, que ce soit sur le plan conceptuel ou empirique. La vision de ces derniers est explicitée à la suite des exposés sur Freud, Jung et Erickson. Pour S. FREUD « l'angoisse de mort n'est qu'un « analogon de l'angoisse de castration»). La peur de la mort en elle-même, la peur de mourir, est la peur de la perte et

de la solitude, la peur du « voyage vers l'inconnu » (que les différentes croyances et religions tentent d'apaiser). Et pour M. RENAULT, au sujet de la formulation freudienne « l'inconscient ne peut se représenter sa propre mort » : « si l'angoisse de mort ne représente pas pour le sujet sa propre disparition, de quelle mort s'agit-il ? (RENAULT M. (2002).

Aussi on trouve Donald Templer qui s'intéressé à l'étude de l'angoisse de la mort ou il a inventé une échelle pour mesurer l'angoisse de la mort chez les personne atteint des maladies chronique. (Templer. D. I. 1970, p 165-177).

De ce point de vue, l'étude actuelle tente d'étudier l'existence d'anxiété de mort parmi les membres de l'échantillon de l'étude la problématique de l'étude peut être déterminée en posant les questions suivante :

Question générale :

Les personnes atteint d'une insuffisance rénale souffrent t'il de l'angoisse de la mort ?

Les questions partielles :

- 1- Les personnes atteintes d'une insuffisance rénale souffrent t-il de l'angoisse de la mort en raison de la variable de sexe ?
- 2- Les personnes atteintes d'une insuffisance rénale souffrent t'il de l'angoisse de la mort en raison de la variable de l'âge ?

- 3- Les personnes atteintes d'une insuffisance rénale souffrent t'il de l'angoisse de la mort en raison de la variable de la situation sociale ?

4_ les hypothèses

L'Hypothèse générale :

Oui la personne atteint d'une insuffisance rénale souffre de l'angoisse de la mort.

Les Hypothèses partielles :

- 1- Il n'y a pas de différence de l'angoisse de la mort chez les patients atteints d'une insuffisance rénale en raison de la variable de sexe.
- 2- Il n'y a pas de différence de l'angoisse de la mort chez les patients atteints d'une insuffisance rénale en raison de la variable de l'âge.
- 3- Il n'y a pas de différence de l'angoisse de la mort chez les patients atteints d'une insuffisance rénale en raison de la variable de la situation sociale.

5_ la conception opérationnelle (définition des concepts)

1 – insuffisance rénale chronique

1-1- Définition théorique :

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

1-2- Définition opérationnelle :

On veut dire par l'insuffisance rénale chronique les patients ayant les signes suivants :

- Hypertension artérielle (HTA)
- Anémie
- La dépendance à la dialyse
- Une fatigue anormale à l'effort.
- Les nausées, vomissements, perte de poids et la perte d'appétit.

On va vérifier le concept par le guide d'entretien

2_ l'angoisse de la mort

2_1_ angoisse

1- Définition théorique

C'est une peur devant un danger qui reste inconnue, indéterminé venant le plus souvent de l'intérieur de soit c'est une réaction d'alarme primitive, inscrit dans le corps comme un réflexe archaïque. Donc c'est crainte réelle ou imaginaires d'un malheur grave ou d'une grand souffrance devant lesquels on se sent à la fois démuni est totalement. (Grand dictionnaire de la psychologie. 1992, P, 42).

2-Définition opérationnelle

L'angoisse se définit selon les signes suivants :

- Augmentation de la tension artérielle
- Inquiétude et peur
- Tremblement et agitation
- Sensation d'une boule au ventre
- Sensation d'un événement imprévu
- Incapacité de ce concentré
- Plainte somatique

2-2- l'angoisse de la mort

1_ définition théorique

L'angoisse de la mort est un phénomène qui se déclenche dans l'inconscient par la pulsion de mort ou encore le plaisir de mourir qui peut se ressentir d'une manière inconsciente chez les personnes atteintes des maladies graves. On va vérifier ça à partir l'entretien et l'échelle de l'angoisse de la mort. (Grand dictionnaire de la psychologie, 1992, p, 24).

2_ définition opérationnelle

- _ des pensées négatives pouvant aller jusqu'à la dépression
- _ Trouble de comportement
- _ Troubles alimentaires
- _ Perturbation de sommeil
- _ Trouble somatique.

Partie

théorique

Chapitre II :

l'aspect médical

de l'insuffisance

rénale

chronique

Préambule :

L'insuffisance rénale, dont l'évolution est sournoise, n'est pas toujours dépistée avant le stade des complications graves. C'est pourquoi, il est recommandé d'évaluer au moins une fois par an la clairance de la créatinine, chez tous les patients de plus de 60 ans et chez les sujets présentant un facteur de risque. On va aborder dans ce chapitre définition de rein, l'anatomie du rein et les différents types de l'insuffisance rénale.

LE REIN

1- La définition du rein

Selon le dictionnaire LAROUSSE « Organe pair placé dans l'abdomen à côté de la colonne vertébrale, qui forme l'urine à partir de la filtration du sang, élimine des déchets, participe à l'équilibre de l'eau et des minéraux dans l'organisme, et sécrète diverses substances (rénine, par exemple) ». Dictionnaire Larousse.

Selon le dictionnaire LINTERNAUTE « Organe qui permet d'éliminer les toxines contenues dans le sang par filtration. Il sécrète l'urine et possède un rôle régulateur pour tout l'organisme. Ste web

Définition médicale

Les reins sont deux organes en forme de haricot situé dans la partie postérieure de l'abdomen, de part et d'autre de la colonne vertébrale, approximativement entre la douzième vertèbre dorsale et la troisième

vertèbre lombaire. Il arrive souvent que le rein gauche soit situé jusqu'à 2,5 centimètres plus haut que le rein droit. Le rein mesure 10 à 12,5 centimètres de long et 5 centimètres d'épaisseur environ, pour un poids de 100 à 150 grammes en moyenne chez l'adulte. Les reins sont de couleur rouge-brun foncé en raison de leur abondante vascularisation (présence de vaisseaux sanguins). (Dictionnaire médicale, 2009. P. 805)

2-Définition des maladies rénales :

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

En pratique, elle se manifeste avant tout par une diminution de la clearance de créatinine. Il faut, cependant, savoir que chaque néphron a un pouvoir d'adaptation tel qu'il peut largement modifier son débit glomérulaire selon la demande , ce qui explique que les valeurs normales de clearance de créatinine peuvent passer du simple au double.

C'est ainsi que lorsqu'un un néphron n'est plus fonctionnel, son voisin peut à lui seul entièrement compenser cette déficience. Une diminution de 50% du nombre néphrons fonctionnels n'aura donc aucune expression biologique. L'exemple le plus caractéristique est celui des individus

porteurs d'un rein unique à la suite d'organe : la clearance de créatinine reste dans les limites de la normale.

Une insuffisance rénale ne deviendra donc biologiquement manifeste que lorsque la masse néphrotique fonctionnelle est réduite de plus de 60%.(Rader mâcher. L, 2004, p14).

3- L'anatomie De Rein

Les reins sont les organes qui assurent notamment la filtration du sang et la production de l'urine ; ils jouent un rôle essentiel d'épurateur et de régulateur de l'organisme. Avant d'aborder les traitements du cancer du rein, il est utile de mieux connaître la structure et la fonction de ces organes.

-Les Reins dans l'appareil urinaire

Les reins font partie de l'appareil urinaire qui comprend par ailleurs la vessie, deux longs canaux qui relient les reins et la vessie, les uretères, et un autre canal qui relie la vessie à l'extérieur, l'urètre.

- La structure du Rein

Chaque rein, dont la forme ressemble à celle d'un haricot, mesure environ 12 centimètres de hauteur, 6 centimètres de largeur et 3 centimètres d'épaisseur. Il se compose de plusieurs parties :

-La capsule, l'enveloppe externe qui protège le rein ;

-le parenchyme rénal : cette partie renferme environ un million de petites structures, les néphrons ; ce sont précisément eux qui filtrent le sang et produisent l'urine ;

- Les calices et le bassinet, les cavités où est collectée l'urine. Une fois fabriquée par les néphrons, l'urine est d'abord recueillie dans les calices puis elle s'écoule dans le bassin et puis dans l'uretère.(Cockcroft DW, Gault MH.1976 ; 16, p.31-41).
- les reins sont entourés d'une couche de graisse, la graisse péri rénale, puis d'une enveloppe de tissu conjonctif appelée fascia rénal ou fascia de Gerota. Ils sont chacun surmontés d'une glande surrénale.

La structure du rein

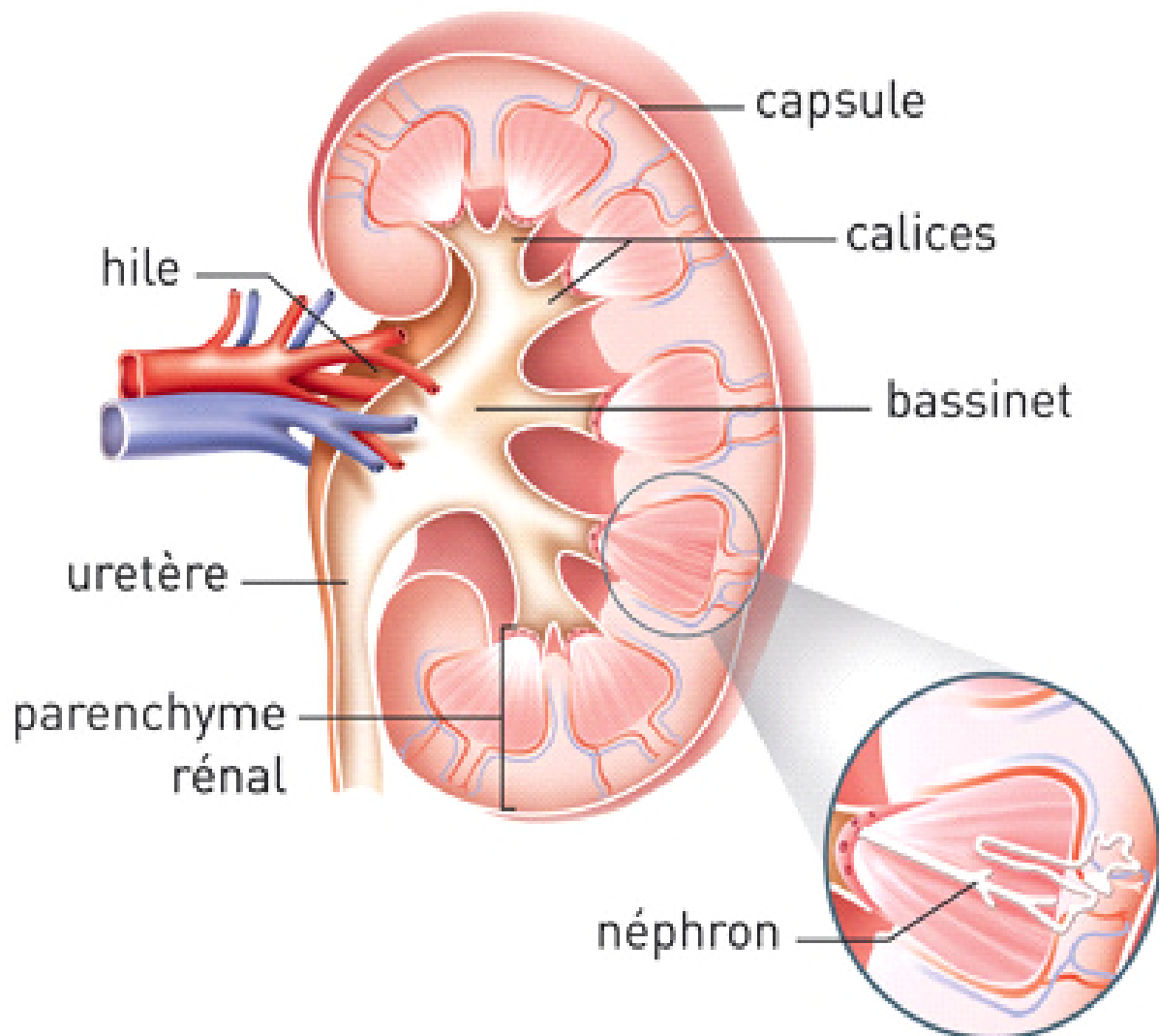


Figure 01 : Coupe frontale du rein [1].

4- Le Néphron

Le **néphron** est l'unité fonctionnelle du rein ; chaque rein en contient environ **400 à 800 000**. Chaque néphron comprend un glomérule et un tubule qui le suit. Le tubule est composé de différents segments spécialisés, qui permettent la modification de composition de l'ultrafiltrat glomérulaire (par phénomène de sécrétion et de réabsorption entre le fluide tubulaire et les capillaires), aboutissant à l'urine définitive.

Le contrôle de ces échanges est assuré par des hormones et des médiateurs, d'origine systémique ou locale. Par ses fonctions exocrines et endocrines, le rein joue un rôle essentiel dans l'homéostasie du milieu intérieur. (Olmer M. 2007 P. 211)

La première étape de l'élaboration de l'urine est la formation de l'ultrafiltrat glomérulaire (ou urine primitive) par la diffusion de l'eau et des constituants du plasma à travers la barrière de filtration glomérulaire, séparant le plasma dans le capillaire glomérulaire de la chambre urinaire.

Les glycoprotéines de la membrane basale chargées négativement confèrent une sélectivité de charge qui modifie la diffusion des substances chargées suivant l'équilibre de Donnan. Des glycoprotéines (néphrine,

podocine) présentes dans les espaces de filtration déterminés par les pédicelles limitent le passage des plus grosses protéines.

La concentration plasmatique de certaines hormones polypeptidiques (insuline) peut ainsi s'élever au cours d'une insuffisance rénale, par suite d'une augmentation de leur durée de vie.(M.A Boubchir. P. 18)

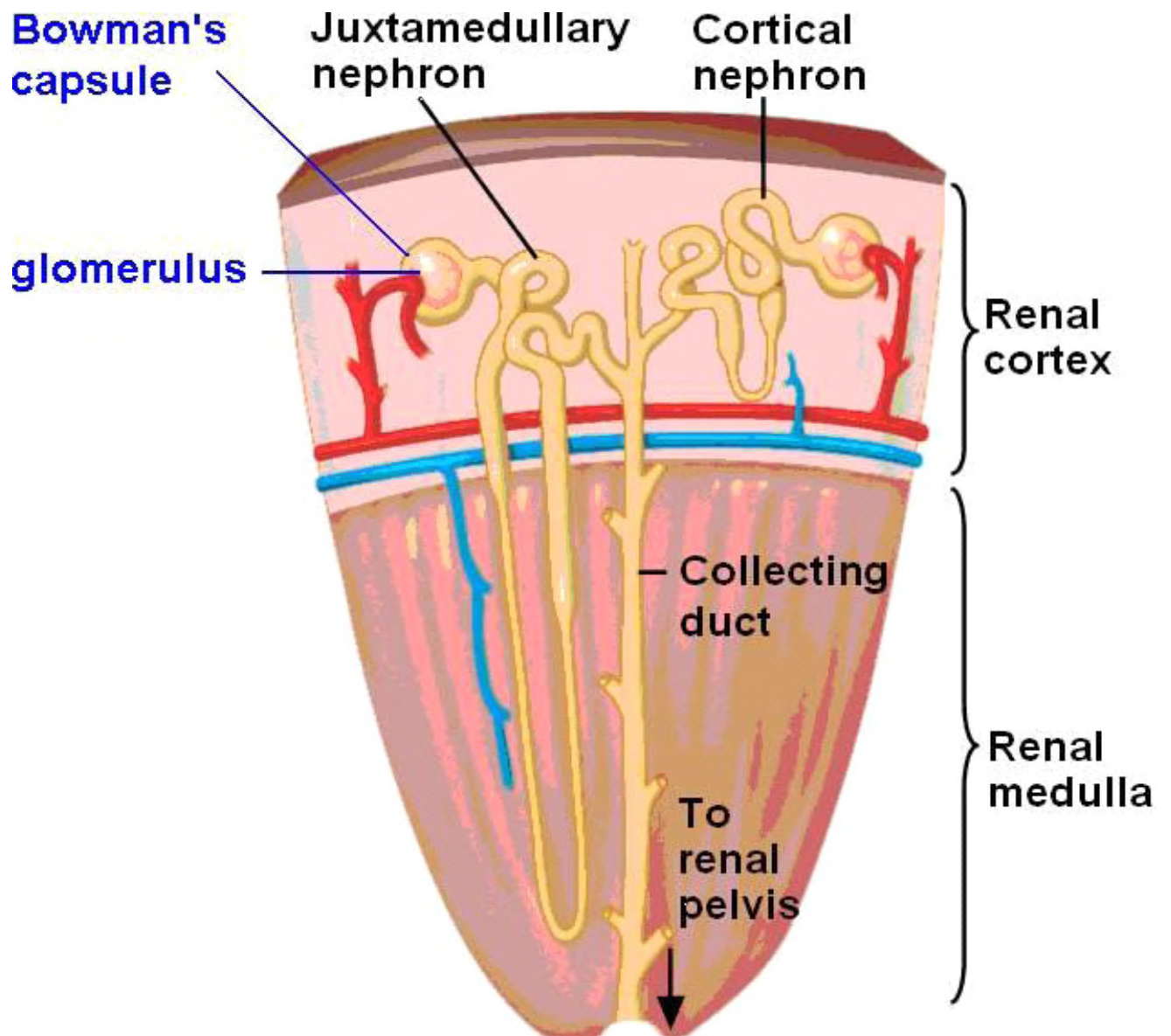


Figure 02 : Structure de néphron [2].

5- Les Fonctions Du Rein

Grâce à sa capacité à filtrer le sang, le rein peut en trier et en réguler les composants.

1-Il élimine ainsi les déchets produits par l'organisme comme l'urée, l'acide urique ou la créatinine et les substances étrangères comme les résidus des médicaments, dont l'accumulation serait toxique pour l'organisme.

2-Il régule et maintient l'équilibre en eau et en substances minérales (sodium, potassium, calcium, etc.) nécessaire à l'organisme.

3-Enfin, il produit plusieurs hormones dont l'érythropoïétine (EPO) qui stimule la production des globules rouges, et la rénine qui participe au contrôle de latents. (DIARRA.A ; 2002 P. 12, 13).

Le rôle de rein

Le rôle des reins est essentiel puisqu'ils fonctionnent comme un filtre qui sépare les déchets circulant dans notre sang et les élimine en produisant l'urine. Nous possédons en principe deux reins, situés dans l'abdomen à la hauteur des deux dernières côtes et à proximité du dos. Ils sont disposés de manière symétrique de chaque côté du corps ; le rein droit se trouve en dessous et en arrière du foie et le rein gauche en dessous et en arrière de la rate. (KENOUCH. S ; MERY, 1988. P 117).

7- La définition de l'insuffisance rénale

Selon le guide pratique d'hémodialyse : l'insuffisance rénale est définie comme une diminution du pouvoir épurateur des reins et correspond donc à une diminution du nombre de néphrons fonctionnels. En pratique elle se manifeste avant tout par une diminution de la clairance de créatine. (Rademarcher, 2004, p.14).

L'insuffisance rénale se définit sur le plan biologique par la baisse de débit de filtration glomérulaire (DFG) mesurée de façon approximative par la clairance de la créatinine (valeur normales : 120=20ml/min). Elle est dite chronique lorsqu'elle est due à une néphropathie qui évolue de façon chronique. (Ibid. . p.199).

8- Les types de l'insuffisance rénale :

La maladie est dite **chronique** si la destruction est irréversible, sans possibilité de guérison et aigues le dysfonctionnement est transitoire et réversible, donc on distingue deux types d'insuffisance rénale :

1-l'insuffisance rénale chronique (IRC).

2-l'insuffisance rénale aigue (IRA).

8-1- l'insuffisance rénale chronique:

Le terme de l'insuffisance rénale chronique décrit l'ensemble de la manifestation du capital néphronique. (ENC de néphrologie, p199).

C'est une maladie chronique qui demande des traitements astreignants et entraîne des gros changements dans la vie des personnes qui souffrent ainsi que dans celle de leur proche .Ces changements sont particulièrement importants quand l'insuffisance rénale est sévère et qu'elle nécessite un traitement de substitution, un suivi médical spécialisé. (Droulez et All, 2008, p.5).

8-1-1- les symptômes de l'IRC :

Une fois la maladie bien installée, les symptômes suivants peuvent se manifester

- progressivement vous ressentirez une fatigue excessive à l'effort.
- un manque d'appétit, un besoin d'uriner plusieurs fois par nuit.
- une hypertension artérielle et/ou des œdèmes peuvent être présents

Plus tardivement, plusieurs signes seront révélateurs de votre maladie :

- des troubles digestifs : perte d'appétit, dégoût pour les viandes, nausées, vomissements, amaigrissement...etc.
- des crampes, des impatiences dans les jambes surtout la nuit.
- des démangeaisons parfois intenses. (<http://www.passeport.sante.net>).

8-1-2-les complications de l'IRC :

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

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

-complications cérébrales : hémiparésie quelquefois.

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

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

- troubles des règles chez la femme.

-altération des fonctions sexuelles.

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

8-1-3- les causes de l'IRC

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

-des infections rénales répétées.

-des traumatismes aux reins ou à d'autre partie de corps.

-une compression prolongée des muscles squelettiques (cela cause, la libération de myoglobine, qui peut boucher les tubules rénaux).

-héréditaire (polykystose, maladie d'Al port).

-endocrines (diabète, hyperparathyroïdie primaire).(Eclair N.Marieb,1999 ,p.1002).

-néoplasique, hyper néphron, métastases, myélovasculaire, (HTA, embolies). (Rademarcher, 2004, p.15).

-la plupart du temps l'insuffisance rénale chronique est causée par un diabète non contrôlé où est secondaire à une HTA(hypertension artérielle).

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

8-1-4- le traitement de l'IRC :

La dialyse fait appel à une membrane qui joue le rôle de filtre qui sert à éliminer les toxiques et les excès de liquide du sang. Il existe deux types de dialyse : la dialyse péritonéale et l'hémodialyse. Le choix d'une méthode plutôt que l'autre repose sur l'âge de patient, sa capacité à gérer son traitement :

a- la dialyse péritonéale : il existe deux variantes :

La **dialyse péritonéale ambulatoire** : c'est le patient qui laisse 'écouler une poche d'environ deux litres de sa cavité abdominale par tubulure. Après un temps définit par le médecin en charge en (souvent 3-4 heures), le patient retirera lui même le liquide, une fois l'abdomen vidé, il réinjectera le contenu d'une nouvelle poche de dialyse. le procédé est répété 3 à 4 fois par 24heurs.

L'avantage est qu'entre chaque échange de poche, le patient peut vivre ou travailler normalement. (Deperyre, 2010, p.15).

La **dialyse péritonéale automatisée** : se passe la nuit, avant de s'endormir le patient branche son cathéter à une machine programmée qui se charge de charger la dialyse. Cette solution est un peu moins contraignante que la première car il n'y'a pas de manipulations nécessaire pendant la journée. (Ibid., p.17)

L'hémodialyse :

C'est une méthode discontinuité qui utilise un générateur de dialysant, une circulation extracorporelle du sang sous la dépendance d'une pompe et d'un système sophistiqué de contrôles des paramètres et d'alarmes. (Gaudin, 2006, p.2).

L'hémodialyse se définit aussi comme : une méthode permettant d'épurer le sang extra corporellement dans une machine le dialyseur. Une

fistule artério-veineuse au niveau de bras, dans la qualité sera déterminant, doit être réalisé par un chirurgien vasculaire. Elle offre un site de ponction haute pression ce qui facilite la circulation extracorporelle qui est toutefois aidé par une pompe à galet.(Depeyre,2010,p.16).

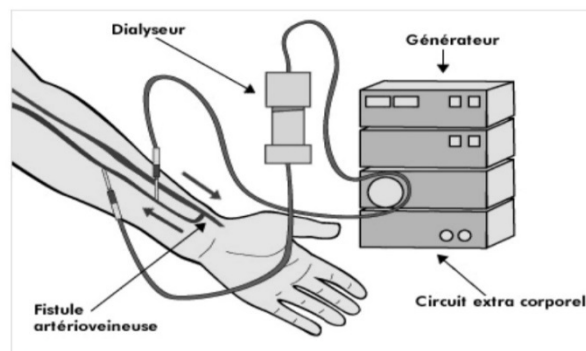


Figure 3 : Principe de l'hémodialyse (<http://www-sante.UJF-grenoble.Fr/sante/>).

Figure 03 : principe d'hémodialyse

Partant de cet ensemble de définition on peut dire que le traitement le plus adapté au patient sera choisi en fonction de son état clinique, son âge ses conditions familiales et professionnelles et ses préférences personnelles.

C_ Transplantation rénale : elle peut se faire à partir :

-d'un rein du cadavre(les reins sont prélevés sur des sujets en état de mort cérébrale).

-d'un donneur vivant au mieux identique (frère ou sœurs) ou semi identique (parent à enfants)

8-2- l'insuffisance rénale aigue :

Le terme "insuffisance rénale aigue" décrit une diminution brusque (de un à sept jours) de la fonction rénale avec rétention des produits azotés (urée, créatinine).Selon la durée et la sévérité de l'atteinte, une acidose métabolique, une hyperkaliémie ou une rétention hydrosaline avec diminution de la diurèse, voire une anurie, peuvent compléter le tableau.

L'atteinte peut se manifester par une légère augmentation de la créatinine ou d'emblée nécessiter l'instauration d'une thérapie rénale substitutive. Elle peut se développer sur des reins "normaux" ou en présence d'une insuffisance rénale chronique. (Ponte .B & al, 2008, p.4)

8-2-1- les symptômes de l'IRA

Anurie (arrêt de la sécrétion d'urine par les reins)

-Quantité d'urine souvent diminuée, mais parfois normale (insuffisance rénale aiguë Diurèse conservée : élimination normale des urines).

- Anorexie.

- Nausées.

-Vomissements.

-Douleurs abdominales.

-Diarrhée.

-Céphalées (maux de tête).

-Troubles neurologiques : agitation, confusion, coma.

-Troubles cardio-vasculaires avec hypertension artérielle (augmentation de la tension artérielle), troubles du rythme cardiaque.

-œdème pulmonaire (présence de liquides dans les poumons)

8-2-2- les complications de l'IRA

L'insuffisance rénale aiguë peut survenir sur une fonction rénale antérieurement normale, mais peut aussi compliquer l'évolution d'une insuffisance rénale chronique. elle comporte des risques comme :

-la destruction des reins qui ne jouent alors plus du tout leur rôle.

- le décès.

8-2-3- les causes de l'IRA

Les causes de l'insuffisance rénale aigue sont plus restreints que celle de l'insuffisance rénale chronique, on distingue :

-l'urée urinaire est de loin supérieure à l'urée plasmatique ; cela prouve que le rein concentre l'urée et l'excrète.

-le rapport sodium/potassium est inférieur à 1 dans les urines : le patient urine moins de sodium que le potassium. Cela prouve que les fonctions rénales de réabsorption du sodium et d'élimination du potassium ne sont pas altérées.

-pré glomérulaire ou périnéal = tout état de choc, thrombose ou clamping prolongé de l'aorte sus-rénale ou des deux artères, rénales, sténose bilatérale rénales traitées.

- intra glomérulaires (glomérulonéphrite aigue, éclampsie, CIVD.)

- tubulaires (névrose tubulaire aiguë) poste-ischémique, toxique (métaux lourds, produits de contraste radiologique ...) poste rénale (syndrome obstructif).

8-2-4- le traitement l'IRA

Globalement, le traitement repose sur :

-l'utilisation de médicaments pour limiter les conséquences de l'insuffisance rénale (antihypertenseur, anti-arythmique (ont une action sur les troubles du rythme cardiaque)).

- la dialyse (purification du sang) sur une durée plus ou moins longue.
- l'arrêt de la prise de médicaments dits néphrotoxiques (dangereux pour les reins)
- une bonne hygiène alimentaire, la dénutrition étant un facteur de mauvais pronostic.
- une surveillance régulière sur le long terme des personnes ayant ou ayant eu une insuffisance rénale.

9- La greffe rénale :

La greffe consiste à transplanter chez le receveur un rein prélevé sur un donneur en état de mort vertébrale ou sur un donneur vivant (jumeau, parent ou, dans certaines circonstances, une personne ayant un lien affectif étroit et stable avec le receveur).

La greffe permet de vous libérer de la dialyse et de retrouver les hormones déficitaires : érythropoïétine, calcitriol corrigeant ainsi l'anémie et les troubles phosphocalciques.

Néanmoins elle impose de prendre sans interruption des médicaments permettant d'éviter le rejet du rein transplanté. (Ibid.p66).

9-1- Les avantages de la greffe rénale

Quelle que soit la méthode de greffe (à partir de donneur vivant ou de donneur décédé), de bons résultats sont aujourd'hui obtenus pour le receveur.

-Un rein greffé qui fonctionne bien et longtemps :

Les résultats sont excellents, quelle que soit la compatibilité HLA. À titre d'exemple, lorsque le donneur est un frère ou une sœur parfaitement compatible (une chance sur quatre), cette excellente compatibilité permet d'alléger le traitement antirejet et d'espérer des résultats encore meilleurs à très long terme. Dix ans après la greffe, environ trois-quarts des greffons prélevés sur donneur vivant continuent de fonctionner, contre environ deux tiers pour les greffes à partir de donneur décédé. Le rein de donneur vivant étant prélevé dans d'excellentes conditions avec un temps court de conservation avant la greffe, il retrouve rapidement ses capacités d'épuration. Il est rare que des séances de dialyse soient nécessaires juste après la greffe.

-Un délai raisonnable : Pour certains malades, du fait de la rareté de leur groupe sanguin ou de la présence d'anticorps* (en raison de transfusions, de grossesses ou de greffes antérieures), la greffe à partir de donneur vivant peut être la seule possibilité dans un délai raisonnable.

- La réduction des délais de dialyse : La dialyse est un traitement lourd, dont l'impact sur le quotidien et sur la qualité de vie des malades est important. Les conséquences familiales, personnelles et socioprofessionnelles sont souvent considérables. La possibilité de réaliser une greffe à partir de donneur vivant permet d'écourter, voire de supprimer

les périodes difficiles et souvent longues de dialyse. Il est parfois possible de réaliser la greffe au stade terminal de l'insuffisance rénale avant la dialyse : on parle alors de greffe préemptive. Cette possibilité comporte de nombreux avantages médicaux pour le malade. Les résultats obtenus sont meilleurs que ceux des greffes réalisées après une période de dialyse. De manière générale, on sait aujourd'hui que plus la période de dialyse n'est courte, plus les chances de succès de la greffe ne sont élevées.

Le contrôle de la date de la greffe : La date de la greffe à partir de donneur vivant est programmée à l'avance, en fonction de la période la plus favorable pour le malade, des disponibilités du donneur et de l'organisation de l'équipe de greffe. Cette programmation permet de réaliser la greffe dans des conditions optimales. (La greffe à partir P.9.10.) Revue agence de la biomédecine édition Novembre 2015

9-2- les inconvénients de la greffe rénale

Comme pour tout acte médico-chirurgical, le prélèvement de rein comporte un risque qui concerne l'anesthésie, l'opération chirurgicale et les suites opératoires immédiates ou lointaines.

-Risque vital : Selon les données internationales publiées à ce sujet, on observe environ 3 cas de décès pour 10 000 personnes prélevées(1) . En France, depuis la mise en place du registre de suivi des donneurs vivants* de rein en 2004, aucun cas de décès de donneur vivant de rein n'est à

déplorer. Parmi les causes de décès, on peut citer : • des complications directement liées à l'anesthésie, dont le risque(2) est évalué à 1 décès pour 145 000 anesthésies générales ; l'allergie à l'un des produits anesthésiques utilisés ou le spasme bronchique pendant l'intervention sont les accidents les plus fréquents;

- des complications postopératoires (hémorragie, embolie pulmonaire,...).

La consultation d'anesthésie est obligatoire et permet d'évaluer le risque, de prendre toutes les précautions nécessaires pour chaque cas et d'écarter les donneurs pour lesquels ce risque est jugé trop important. Elle a également pour objet d'informer le donneur sur ce risque. Par ailleurs, la surveillance postopératoire, notamment la période de réveil, est systématiquement effectuée dans une unité spécialisée

-Complications immédiates : En France, selon les données du registre* au 31 décembre 2009, les complications postopératoires immédiates les plus fréquentes (moins de 3 mois après le prélèvement) sont les douleurs au niveau de la cicatrice (22 %), les infections urinaires (fièvres) (4 %), l'hypertension artérielle nécessitant un traitement (2%), les complications pleuro-pulmonaires (1,2 %).

-Complications à long terme : Le prélèvement ne diminue pas l'espérance de vie des donneurs(2). Les risques à long terme (entre 10 et 20 ans) ont été étudiés dans les pays qui ont une pratique ancienne de la greffe de rein

à partir de donneur vivant : • 10 à 20 % des donneurs présentent, de façon isolée, de l'albumine dans leurs urines. Cette constatation est habituellement sans conséquence sur le fonctionnement du rein restant ; • chez les donneurs de plus de 50 ans, l'hypertension artérielle est plus fréquente que dans la population générale du même âge, mais sans conséquence sur l'espérance de vie. Enfin, la situation de rein unique peut aggraver les conséquences de certaines pathologies (calculs, traumatismes, tumeur).

-Qualité de vie : Dans une étude récente, la qualité de vie a été étudiée(3) sur 501 donneurs, en moyenne 3 ans après le don : 97% d'entre eux s'estiment en bonne santé, même si 26% signalent des douleurs résiduelles. à la question « si c'était à refaire, le referiez-vous ? », 98% répondent oui. Seuls quatre donneurs font état d'une expérience malheureuse ou traumatisante. Et 90 % déclarent avoir de bonnes relations avec leur receveur. Si les suites médicales, affectives ou sociales du don sont parfois contrastées, les donneurs se montrent donc très majoritairement satisfaits de leur geste. (la greffe à partir P.12.13.) Revue agence de la biomédecine édition Novembre 2015

10- Le diagnostic de l'insuffisance rénale :

Plusieurs examens sont demandés par le médecin pour préciser l'origine de la maladie, en vérifier le stade, mais aussi essayer d'en comprendre les causes.

Les analyses de sang et d'urine et les ultrasons sont systématiques en cas de suspicion d'insuffisance rénale. Selon les situations, des examens radiologiques ou une biopsie rénale peuvent être proposés pour préciser le diagnostic.

10-1-Analyses de sang et d'urine :

Leur but principal est d'évaluer la capacité de filtration des reins et de vérifier ainsi l'ampleur de la maladie. Les mesures portent notamment sur le taux de créatinine et d'urée. Ces deux substances, présentes dans le sang, sont en principe éliminées dans l'urine. Si les reins fonctionnent moins bien, leur taux augmente dans le sang. La mesure de la créatinine permet aussi d'évaluer le taux de filtration glomérulaire, qui indique le volume de liquide filtré par les reins en une minute. Les valeurs normales de filtration se situent entre 90 et 120 ml/minute, selon les personnes. Si ce taux est inférieur à 90 ml/min, on parle d'insuffisance rénale. Dans certains cas, des analyses plus poussées sont nécessaires (recherche d'anticorps, analyses génétiques, etc.).

- **Ultrasons (échographie rénale) :**

Ils permettent d'observer les reins (taille, forme, vascularisation, état des voies urinaires) et aident ainsi à identifier les causes de l'atteinte rénale.

- **Scintigraphie rénale :**

Cet examen permet de mesurer la fonction rénale de chaque rein et de mettre en évidence des éventuels troubles de vascularisation ou d'écoulement de l'urine.

10-4-IRM, CT scan :

Dans certaines situations, des examens radiologiques complémentaires sont Réalisés, afin d'observer de façon plus précise les reins et les autres organes et vaisseaux environnants (Foie, aorte, rate, par exemple).

10-5-Biopsie rénale : L'analyse au microscope de fragments de tissu rénal est parfois nécessaire pour préciser le diagnostic. Le relèvement (la biopsie) est effectué par un médecin radiologue et un néphrologue sous anesthésie locale. L'intervention nécessite en principe une hospitalisation d'une journée.

Après diagnostique :

Le médecin néphrologue propose un programme de traitement et un suivi. Celui-ci est adapté à la situation individuelle de la personne et tient compte de la présence éventuelle d'autres maladies et de vos habitudes de vie. le suivi a pour objectif de ralentir au maximum la progression de l'insuffisance

rénale en contrôlant plusieurs paramètres impliqués dans cette progression. Il vise notamment à :

- contrôler la pression artérielle et les facteurs de risque cardiovasculaire
 - à corriger l'anémie due à l'insuffisance rénale et les anomalies du métabolisme du calcium et du phosphore sanguin.
- (999www.chuv.ch/néphrologie Fondation suisse du rein P. 6. 7.) Service de néphrologie du CHUV : 999www.chuv.ch/néphrologieFondation suisse du rein : www.nierenstiftung.ch).

Synthèse

D'une manière générale l'insuffisance rénale chronique est une maladie très fréquente, qui peut affecter notre mode de vie et nécessite un traitement de façon continue, il est donc impératif de se très bien renseigner sur tout ce qui concerne cette maladie car elle peut entraîner des conséquences sérieuses si elle est mal contrôlée.

Chapitre III :

L'aspect

psychologique

de l'insuffisance

rénale

chronique

Préambule :

A l'annonce d'une maladie chronique, le patient voit sa vie bouleversée en raison de contrainte de son traitement et de ses possibles complications à long terme. A l'annonce du diagnostic d'une insuffisance rénale chronique et les différentes conséquences potentielles de cette maladie : la douleur, la dépendance, les mutilations physiques, la perte d'emploi, la modification des rapports avec l'entourage familiale proche, l'invalidité et le handicap, etc. Face à cette situation, le patient devra faire face et s'adapter, pour prévenir des réactions pathologiques, la connaissance de ces perturbations est nécessaire, elles sont souvent spécifiques à l'insuffisance rénale chronique qui peuvent être regroupées en certains troubles psychologiques.

1- le vécu psychologique d'IRC

Apprendre que l'on a une maladie chronique , annonce des changements dans l'existence , chacun met en place des mécanismes de défense pour faire face à l'angoisse et à la dépression et d'autres troubles psychologiques .Il ne s'agit pas simplement d'un déni de la maladie qui se concrétiserait par une banalisation de son état de santé , un refus qui Manifeste, une négation de la réalité.

La survenue de l'insuffisance rénale chronique suscite une angoisse liée à la perception d'un danger (réel ou fantasmatique) qu'il fallait dissimuler une image de prestance où il n'y a pas de place pour l'espace psychique c'est à dire pour les émotions (Kubler-Ross.E, 1975).

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

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

_ L'annonce est un acte de baptême d'une maladie

_l'annonce entraîne un changement d'identité : apprendre que l'on a une maladie chronique, c'est aussi apprendre que l'on est malade.

_l'annonce nécessite enfin un travail de "deuil" de l'état de santé antérieur : il est nécessaire de faire le deuil de ce que l'on était avant de s'accepter tel que l'on est maintenant et de reconstruire le futur. Ce travail de deuil de l'état de santé antérieur permet l'acceptation de la maladie chronique, c'est à dire l'appropriation de sa maladie par le patient .Il s'agit d'une attitude

qui se caractérise par le consentement lucide à une réalité, à une situation que l'on décide d'assumer et qui permet d'envisager un avenir avec la maladie chronique. Une carence ou une mauvaise information au début de la maladie peuvent grever lourdement la prise en charge ultérieure. En plusieurs phases permet maturation de l'acceptation (Modèle d'Elizabeth Kubler-Ross, 1976).

Les différents stades de l'acceptation (le choc, le déni, la révolte, la négociation, la réflexion et l'acceptation) sont des réactions psychologiques naturelles, mais leur prolongation dans le temps ou leur inadaptation bloquent le travail de deuil.

2- les troubles psychiques chez les personnes atteintes de l'IRC

2-1- les symptômes dépressifs :

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

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

Se sont notamment la fatigue, le peu d'investissement de la vie sociale, la difficulté à investir autre chose que ce qui concerne la dialyse. Le problème est que cet état dépressif est un facteur qui contribue à la mauvaise observance du traitement médicamenteux, du régime et des soins (Lefebvre, 2005, p.1).

Selon D Cupa, " une dépression plus ou moins importante existe chez tout dialyse". Et même selon Becker cité par D. Cupa, la dialyse est un dépressif chronique. En effet, chaque nouvelle dialyse rappelle la perte de l'organe, et donc que le corps est irrémédiablement abimé. Du fait de cet état dépressif, on observe fréquemment chez les personnes dialysées une chute de libido, des problèmes d'impuissance ou de perte de désir sexuel de par le traumatisme de la confrontation à la maladie, à la mort et au traitement. selon G. Lefèvre ,cet état peut induire à des symptômes de type dépressif: chagrin , envie de rien , pas envie de voir d'autres personnes , de sortir, détachement du monde extérieur, désintérêt pour les activités antérieure la maladie , perte d'appétit ou au contraire boulimie , troubles du comportement alimentaire multiples, non-respect des contraintes

diététiques, très fréquemment des troubles du sommeil, voir envies suicidaires (Lefebvre,2005,p.1).

2-2- les symptômes anxieux :

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

3- la qualité de vie et la maladie somatique :

Les maladies chroniques ont en commun un symptôme majeur l'angoisse il est donc essentiel de savoir comment le patient réagi et il met en œuvre une stratégie pour maintenir son hémostasie à court terme de sa qualité de vie.

L'évitement, conséquence de déni ou de dénégation, le patient pense que le traitement n'est pas efficace (ainsi certains patients atteints de maladies incurable marchent a la mort en faisant comme si de rien n'était).

Le patient peut aussi choisir des stratégies émotionnelles, plus ou moins irrationnelles, lui permettant d'atténuer l'angoisse.

En fin la personne en résolution de problème défendra leur hémostasie thymique en cherchant à maîtriser la situation.(Journal de DELF ,2006)

La dépression chez les patients dialysés un peu élevée qu'au sein de populations tout venant, et la qualité de vie s'avère d'autant plus détériorée que la dépression est importante.(Inid,p, 148).

4-la problématique de temps chez les personnes atteintes d'IRC

Le dialyse est souvent considéré par les patients comme un temps mort, perdu d'où l'importance de parfois réexpliquer l'intérêt de la dialyse ce à quoi il sert.

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

La survenue de la maladie, comme événement traumatique peut entraîner un profond remaniement de la perception du temps. En effet, le temps qui passe est ce qui nous rapproche tous de l'échéance qu'est la mort. Or les insuffisances rénales sont plus que toute autre personne, confrontée à cette perspective d'autant plus inéluctable que la dialyse n'est qu'un soin

palliatif. C'est-à-dire un soin uniquement destiné à reculer les limites entre vie et mort (le Febvre, 2005, p1)

5-l'image du corps chez les IRC

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

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

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

6-l'IRC et les relations sociales

Le traitement par hémodialyse ressenti sur les différentes sphères de la vie du patient, notamment sur la vie familiale certains patients font le choix d'installer une véritable cloison entre ce qu'ils vivent en dialyse et leur vie quotidienne. D'autres ont besoin du soutien de leur entourage et de compréhension .le traitement repartie aussi sur la vie sociale et familiale. Le

temps libre est limité, les loisirs sont modifiés et le cercle des amis se réduit.

Le dialysés nécessite une organisation durable qui implique toute la famille.

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

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

7- le soutien psychologique et l'insuffisance rénale chronique

Les patients qui présentent une insuffisance rénale chronique sont informés de la nécessité du traitement par dialyse, mais tentent, le plus souvent, de reculer autant que faire se peut l'échéance de l'institution de l'épuration extrarénale. Parfois le néphrologue, craignant la réaction du patient, tarde à aborder le problème de suppléance et à en exposer les modalités. Mais, même bien préparés à ce traitement, les patients vivent toujours la mise en hémodialyse comme un traumatisme. En effet, ce traitement est très anxiogène pour le malade : la complexité apparente et les bruits de la machine, les ponctions et le branchement des premières

séances de dialyse et la vue du sang qui circule dans les tubulures, hors de l'organisme, sont des sources d'inquiétude.

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

La prise en charge psychologique dans ce dernier cas peut être soit ponctuelle, soit révéler le besoin d'un suivi à plus ou moins long terme .il peut également s'agir d'un bilan durant une séance, pour orienter le patient vers différents types de soutien psy extérieurs à l'hôpital.

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

Synthèse

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

Chapitre IV :

L'angoisse de la

mort

Préambule :

Il est certain que le problème de l'angoisse de la mort forme un point vers lequel convergent ces questions les plus diverses et importantes, une énigme dont la solution devrait projeter des flots de lumière sur notre vie psychique.

1-L'angoisse

1-1- Les différentes définitions de l'angoisse :

A-Etymologiques :

De mot s'inscrit AMHADAS (étroitesse), qui traduit l'idée resserrement a donné les mots ANGOR (désignant le resserrement) et ANXIUS (qualifiant ce resserrement).le mots "angoisse "serait né au XIIème siècle, à partir du latin Angustia. A l'époque il est plutôt utilisé au pluriel : les angoisses synonymes d'étroitesse, de défilés ou de lieux resserrer. Après une éclipse de près de six cents ans , le mot réapparaît au XVII^{me} siècle dans le sens que nous lui connaissons aujourd'hui, ce n'est qu'au XIX^{me} siècle , avec le philosophe KIERKEGAARD , puis au XXème siècle avec l'existentialisme , que la notion d'angoisse s'étend à celle de l'inquiétude d'ordre métaphysique (s. Berail, p11 , 2003)

L'angoisse est une sensation pénible de malaise profond , déterminé par l'impression diffusé d'un danger vague , imminent , devant le quelle on reste désarmé et impuissant le plus souvent , cet état s'accompagne de

modification neurovégétatifs comparables à celle que l'on observe dans les chocs émotionnels , palpitation , sueur, tremblements , vision, brouillée...etc.(N. Sillamy ,p18 ,1994)

b_ selon Freud

En accord avec S.Freud, nous pouvons dire qu'elle est de l'ordre de vécu et sans objet - l'angoisse est assimilée à de l'énergie libre :une excitation pulsionnelle qui va tout mettre en œuvre pour se libérer , se décharger .L'idée de décharger met en évidence un mouvement sensori-moteur qui est perçu par le sujet dans son action , et dans sa sensation corporelle: elle entre dans le registre plaisir /déplaisir. (Le Goff,I,2010,p58).

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

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

C-Dictionnaire de psychologie N. Sillamy

L'angoisse est une sensation pénible de malaise profond , déterminé par l'impression diffusé d'un danger vague , imminent , devant le quelle on reste désarmé et impuissant le plus souvent , cet état s'accompagne de modification neurovégétatifs comparables à celle que l'on observe dans les chocs émotionnels , palpitation , sueur, tremblements , vision, brouillée...etc.(N. Sillamy ,p18 ,1994)

D-selon le vocabulaire de la psychanalyse :

Le sujet est en attente de quelque chose, un danger connu ou inconnu. Il rassemble énergie pour se défendre et souffre de diverses manifestation somatique.

Angor : Angoisse de poitrine précédant l'infarctus, peur dans le corps.

(http://www.geopsy_vocabulairedelapsychanalyse.mht).

E-Pour la psychiatrie :

L'angoisse est définie comme "sentiment pénible d'attente, peur sans objet «, la crainte d'un danger imprécis, un sentiment d'insécurité indéfinissable. Les termes anxiété et angoisse sont aujourd'hui utilisées comme synonymes, autrefois, le terme d'angoisse serrait à designer les sensations physiques de constriction et d'oppression qui accompagnent l'état (physique) d'angoisse. (S.triboulet-C.ParADAS, P134 ,2000).

F-Définition de Larousse :

L'anxiété physique accompagnée d'une oppression douloureuse, inquiétude profonde. (Dictionnaire Français, Larousse, p17 ,2004).

G-Définition de Taylor 1953 :

L'angoisse est une déséquilibre psychique et physique et au même temps caractérisé par la peur d'un danger et une sensation d'extrême malaise, associés à une attitude d'attente d'un événement imprévu. (Henrique, p128, 2000).

H- La définition classique :

Classiquement on distingue anxiété, angoisse et peur :

_l'anxiété : c'est un effet pénible associé à une attitude d'attente d'un événement imprévu, mais vécu comme désagréable.

_l'angoisse: est une sensation d'extrême malaise accompagnée de manifestations (neurovégétatifs/ou viscérales)

La peur : est liée à un objet précis, est une sensation, soit du fait de l'expérience soit de fait de l'éducation.

I- La distinction entre angoisse et anxiété :

Il est difficile à faire, à l'Anglais ne connaît que le terme anxiété et l'Allemand celui de Angus, en Français, il est classique de réserver à l'angoisse les formes la plus grave anxiété.

C'est pourquoi on décrit une angoisse psychotique, une angoisse de morcèlement, une angoisse de castration, une angoisse de mort, une angoisse de destruction...etc. Alors que l'anxiété reste ressentie le plus souvent à un niveau essentiellement psychique.

1-2_ la conception d'angoisse avant Freud

Les psychologues organicistes rangent l'angoisse parmi l'émotion et ils définissent comme une peur sans objet. Le terme "émotion" désignant pour eux une rupture brutique de l'équilibre psycho-physique survenu sous l'influence d'un danger actuel.

Etude de cas de Janet en 1890 qui va le premier à sorti l'angoisse de sa place de coaction contre le monde extérieur .Il ne va plus envisager le problème d'angoisse sous le seul angle de l'étude du comportement extérieure et de la réplique organique. Il va en faire un élément intrapsychique.

Selon lui "angoisse toute la situation (non seulement à l'égard de l'abstract, mais encore l'objet lui-même) se trouve concerné dans l'intrapsychique ".cite par (Diel. p, 1954, p60).

Cette conception de l'angoisse intrapsychique ouvre la voie vers la découverte de l'inconscient et vers l'élaboration de la conception Freudienne de l'angoisse.

1-3_ la conception freudienne de l'angoisse :

Pour Freud, il a abord l'angoisse d'une façon générale, elle apparait comme : "la monnaie courante " contre laquelle sont échangée tout les excitations libidinales qui ne trouvent pas de débouchées. L'angoisse étant le grand danger intérieur, les symptômes névrotiques sont donc des symptômes de défense contre l'angoisse ; (les symptômes ne se forment que pour empêcher le développement de l'angoisse). (Freud. S .1926, p307).

1-4_les sémiologie d'angoisse :

Tout formation de symptôme a pour fonction de permettre au sujet d'échapper à l'angoisse, on peut distinguer les différentes symptômes d'angoisse.

- les troubles toniques : hypertonie, grande décharges motrice au sein d'une motricité souvent désorganisée.

_ Une hyper vigilance avec un visage immobile, silencieux, attentif comme "glace".

_ Des troubles somatiques fréquents (anorexie, colique...etc.).

Une inquiétude sur l'avenir avec souvent la crainte de survenue d'un accident, d'une maladie

_ Des pensées dépressives (dévalorisation, culpabilité) sont souvent associées.

_ Des signes somatique : palpitation, tachycardie, sensation d'étouffement douleurs thoraciques, abdominales, nausées...etc.

_ Des signes neurologiques : tremblement, secousse musculaire vertiges, malaise.

_ Des signes moteurs : agitation ou prostration.

_ Des signes vasomoteurs : sueurs, bouffée de chaleur ou fusion.

Des signes psychiques : sensation d'étrangeté, de perte de repères de peur de mourir, et de devenir fou.(S.Berail, p75, 2003).

1-5-l'étiologie de l'angoisse

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

1-5-1-le développement pendant l'enfance :

Le nourrisson, lorsqu'il a faim ou qu'il souffre présente tous les signes de l'angoisse. Bien qu'il nous soit impossible de nous rendre compte du degré de conscience qu'il a de son état, nous pouvons dire qu'il se sent inconfortable et incapable par lui-même de remédier à ce malaise. Son sentiment de sécurité dépendre donc entièrement des soins que lui prodiguera son entourage.

L'état de malaise, en grand partie physique, éprouvé dans la petite enfance surgit automatiquement à la manière d'un réflexe à la moindre insécurité éprouvée plus tard. Ce malaise envahit tout le champ de la conscience et contribue à son tour à augmenter l'angoisse de l'enfant, celui-ci n'ayant aucun moyen de le faire cesser. Ainsi submergés par leur malaise

physique, un grand nombre d'anxieux de refusent à croire à l'origine psychologique de leur trouble.(De Saussure,R, 1953, P.12)

1-5-2_les facteurs biologiques :

-Régulation de l'activité chimique du cerveau :

Des recherches ont démontré qu'il existe un lien entre l'angoisse et une régulation inadéquate de divers neurotransmetteurs ; les messagers chimiques du cerveau qui transmettent les signaux entre les cellules. On trouve trois principaux neurotransmetteurs qui ont une incidencesur l'angoisse :

La sérotonine : la sérotonine contribue à régulariser l'humeur, l'agressivité, les impulsions, le sommeil, l'appétit, la température du corps et la douleur.

La noradrénaline : la noradrénaline joue un rôle dans la réaction de lutte ou de fuite et la régulation du sommeil, de l'humeur et de la tension artérielle.

_ L'acide gamma aminobutyrique (le GABA) : il favorise la relaxation le sommeil et contribue à prévenir la surexcitation.

Modification de l'activité cérébrale :

En remarque chez les personnes ayant des troubles d'angoisse :

Anormalité dans le débit sanguin et anomalies structurelles dans le métabolisme du cerveau.

_ La concentration de sérotonine, de noradrénaline et de GABA dans le système limbique, qui contrôle les réactions de la mémoire, l'angoisse et la peur.

_l'activité des systèmes de noradrénaline du corps et de cerveau génère les symptômes physiques de l'angoisse comme le rougissement des joues, les sueurs et les palpitations, qui peuvent entraîner la peur chez ces personnes.

1-5-3_les facteurs héréditaires :

Des recherches ont confirmé que les facteurs héréditaires jouent un rôle dans l'apparition des troubles anxieux .Il est plus probable d'avoir un trouble anxieux si un membre de sa famille est aux prises avec un tel trouble .Les troubles anxieux sont les plus fréquents au sein des familles de personnes ayant un trouble de panique.

1-5-4 facteurs psychologiques :

L'émotion désagréable qui se traduit par la sensation subjective de malaise et de tension interne des pensées de l'angoisse est généralement orientée vers l'activité cognitive et intellectuelle, est consacrées à forgerdes

scénarios catastrophiques dont les thèmes sont des échecs professionnels, affectifs, accidents.

1-5-5_ facteurs médicaux :

Plusieurs troubles médicaux peuvent entraîner l'apparition de symptômes d'angoisse et causer des troubles anxieux .Ainsi, les symptômes de panique et d'anxiété généralisée peuvent être causés par des troubles médicaux, particulièrement ceux touchant les glandes, le cœur, les poumons et le cerveau .Dans la plupart des cas, le traitement de ces troubles atténue les symptômes d'angoisse.

Des études ont démontré que les personnes qui sont anxieuses ont tendance à respirer de façon irrégulière : elles alternent entre l'hyperventilation et l'apnée .Cette façon de respirer entraîne l'apparition d'autres symptômes (étourdissements et évanouissement) et augmente l'angoisse .Les techniques de rééducation fonctionnelle de la respiration peuvent aider ces personnes à résister aux symptômes d'angoisse ou à le gérer.(<http://www.camh.net>)

1-6- les types d'angoisse :

1-6-1- Angoisse automatique :

Réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est à dire soumis à un afflux d'excitation d'origine extrême ou interne qu'il incapable de maîtriser.

Sensation physique de constriction et d'oppression (<http://www.geopsy-vocabulairedelapsychanalyse.Mht>).

1-6-2- Angoisse de castration :

Selon Mélanie Klein, l'angoisse de castration provient de la projection faite par l'enfant de sa propre agressivité .Freud fait de l'angoisse de castration le moteur de la résolution du complexe d'Œdipe. Chez le petit garçon. (<http://www.geopsy-vocabulairedelapsychanalyse.Mht>).

1-6-3- Angoisse de séparation :

L'angoisse de séparation correspond au sentiment douloureux de crainte éprouvé par un individu lorsque la relation affectif établie avec une personne importante de son entourage, se trouve menacées d'interruption ou est interrompue. Il peut s'agir d'une interruption par suite de la perte de lieu affectif (perte d'amour) au d'une rupture consécutive à une perte réelle de la personne importante (j-m. Quirrido, p16, 2002).

1-6-4- Angoisse des examens :

C'est un type de stress ressenti par l'étudiant l'or d'un examen pour (Mandler et sarson). C'est un état de déséquilibre psychologique ressenti chez un individu, accompagné d'une sensation de perte d'intérêt et l'envie de fuir à la situation d'examinations avec des manifestations corporelles élevées.

1-6-5- Angoisse de naissance : (Freud et Otto Rank)

En affirmant qu'il y a (traumatisme de naissance) Rank Install le trauma au cœur de l'angoisse. Là ou Freud avait pris acte longtemps avant, de ce caractère traumatique de la naissance, Rank en fait un trauma (pangenérateur), Freud pose l'acte de naissance est d'ailleurs le premier vécu de l'angoisse et en plus de cela sauve et modèle de l'affect d'angoisse. Rank avait bien noté ce que Freud y déclara en 1909 (en ce qui concerne l'angoisse. Faut se rappeler que l'enfant ressent pour la première fois que l'angoisse lors de sa naissance). Cela ne tombera pas dans l'oreille d'un sourd, au point que, sur enrichissement, Rank en fera quelque quinze ans plus tard, (Léon et Origo) de la vie psychique. (C.Paul Laurent assqun, P43 ,2006).

1-6-6- Angoisse sociale :

L'expression "angoisse sociale "apparaît dans le texte freudien, souvent effectuée de guillemet .Il souligne qu'il y a un moment social de

l'angoisse, donc qu'il y a une angoisse sociale. La généalogie en limpide : "l'angoisse de castration se développe en angoisse sociale" quand il introduit cette expression, c'est pour souligner que la conscience, n'est pas "je juge inflexible" que nous représentent les "éthiciens", mais qu'il s'agit de produit du (reproche) de (communauté), durement intériorisé du moins en temps de paix et tant que van le contrat sociale.(C. Paul-Laurent asque, 2006,p.17).

1-6-7- Angoisse de mort :

Il est important de différence les angoisses de mort de la peur de mourir .L'angoisse est une réaction inconsciente à une pulsion. Ainsi les angoisses de castrations sont-elles subséquents aux désirs œdipiens. L'angoisse de mort et de façon analogue de cesser d'exister, comme l'établissait Freud s'oppose de pulsion de mort (thanatos) siège en nous, il est responsable du désir de laisser aller, l'attraction du lâcher prise et du néant. (Freud, 1915).

1-6-8- Angoisse du moi :

Le moi suis réellement le lieu de l'angoisse et même l'emplacement de l'angoisse exclusif .L'angoisse nous donne la forte impression qu'en effet la pulsion s'angoisse d'elle-même, mais ce ne peut être que par moi interposé, c'est quand le moi est averti d'une façon ou d'une autre de cette

montée pulsionnelle que l'angoisse surgit, Freud en désignant le moi comme emplacement de l'angoisse.

1-7_Le traitement de l'angoisse

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

1-7-1-traitement psychologique :

A- les psychothérapies psychanalytiques :

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

Dans la psychanalyse , il s'agit donc de revenir aux traumatismes passés , de retrouver les souvenirs des scènes oubliées afin de permettre l'expression et l'abréaction des affects qui leur sont liés ; la démarche s'appuie sur la libre association, l'exploration des rêves, l'analyse des souvenirs écartés .Pour les thérapies existentielles , le travail s'opère sur le ressenti actuel et sur l'expression dans la situation thérapeutique d'une gestalt inachevée ; il faut lever les inhibitions qui empêchent le patient de

trouver une nouvelle réponse aux situations qu'il répète ; à partir de là, il peut libérer les émotions contenues par l'inhibition(Delourme, A,2004,P.166).

B-traitement médical :

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

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

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

2-l'angoisse de la mort

2-1-la définition de l'angoisse de la mort

Selon Freud l'angoisse de la mort comme analogon de l'angoisse de castration.

Pour lui, l'inconscient étant convaincu de son immortalité la peur de mourir correspond essentiellement à la punition de délit œdipien. Il ne proviendrait que du sentiment de culpabilité généré par ce dernier." c'est pourquoi je m'en tiens fermement à la supposition que l'angoisse de mort doit être conçue comme analogon de l'angoisse de castration , et que la situation à laquelle le moi réagit est le fait d'être délaissé par le sur-moi protecteur-les puissances du destin- , par quoi prend fi l'assurance contre tous les dangers."(Feud s, 1926.p44).

L'angoisse de mort et liée à la structure personnel, le moi le ça, le surmoi, et il confirme que la dette est les mécanismes de défenses contre l'angoisse de mort.

2-2-la sémiologie de l'angoisse de la mort

La peur de la mort peut s'exprimer par des mécanismes de défense différentes manifestations qui peuvent être très variables selon les individus .La peur de la mort peut se traduire par :

- Une grande exigence envers le soi et envers les autres.
 - Des troubles obsessionnels compulsifs TOC
 - Une hypocondrie
 - Des pensées négatives pouvant aller jusqu'à la dépression
 - Des troubles de sommeil
 - Une impossibilité d'aller dans un cimetière, un hôpital, des établissements de soins
 - Des troubles de comportement avec des conduites agressives envers soi-même ou les autres, ou mises en danger
 - Des troubles alimentaires
 - Un trouble anxieux généralisé
- (<https://sante.journaldesfemmes.fr>)

2-3- les types de l'angoisse de la mort.

2-3-1- Angoisse de la mort chronique :

On distingue ce type chez les patients qui ont une maladie chronique ou une maladie incurable, cette angoisse est lie alors à la maladie.

2-3-2- Angoisse de la mort aigue :

Cette angoisse se manifeste pendant une courte durée, elle est lie à des expériences de la vie réelle, comme la mort d'un proche soudainement, d'une façon surpris qui rend le patient dans un état de traumatisme.

2-4-les variables associés à l'angoisse de la mort :

Il existe plusieurs variables associées à l'angoisse de mort, parmi lesquelles on a :

2-4-1-la relation entre l'angoisse de la mort et la santé physique.

L'angoisse de la mort est en augmentation chez les personnes qui souffrent d'une maladie physique .Cornel par son guide médical, il arrive à éprouver que l'angoisse de la mort est reliée dans sa grande partie à la santé physique, ou la complémentarité du corps, les malades hémodialysée peuvent souffrir d'une angoisse de mort très élevée.(احمد محمد عبد الخالق, 1976, ص121)

La douleur, la maladie, la mort, si la douleur de la maladie est plus importante, la maladie entrains généralement la mort, et la mort survient dans la plus part des cas, le résultat de la maladie, les trois la maladie, la mort et la douleur, fortement sont liée entre eux(احمد محمد عبد الخالق, 1976, ص147)

2-4-2-la relation entre l'Age et l'angoisse de la mort.

La relation est très complexe entre l'Age et l'angoisse de mort, les études de Stivess, Cepler, Levenson, Thomas qui ont résultent que l'âge de l'individu peut être important à expliquer le degré de l'angoisse de mort .Et aussi les études de Djanine Djhonson dit que y a une relation négative entre les deux, elle exprime que la personne âgée accepté plus la mort que la personne jeune.

Par contre, les études qui a été faite sur des conseillers, psychologues, qui participent à la rééducation professionnelle des travailleurs, perdu des partie de leurs corps ou à une fonction organique, confirme qu'il n'existe pas une relation entre l'âge et l'angoisse de mort chez les conseillers.(احمد محمد عبد الخالق، 1976، ص84-86)

2-4-3-la relation entre le sexe et l'angoisse de la mort.

Il est apparu que le degré de l'angoisse de mort chez les femmes, est plus élevée que chez les hommes .Dans une étude, en 1936, par Middle ton, on a constaté que les femmes sont plus angoissantes par la mort que les hommes.

Kopler et Ross confirment que les femmes se sentent moins sécurité que les hommes, et alors leurs préoccupations de mortalité est plus élevée

que les hommes, et ce n'est pas seulement par rapport à leurs mort, mais également à la mort de leurs maris... (احمد محمد عبد الخالق '1976, ص95)

2-5- la pulsion de la vie :

Le concept de pulsion apparaît comme un concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme mesure de l'exigence de travail qui est imposée au psychique en conséquence de sa liaison corporelle. (Marie-Lise Ehret Pulsion de vie et pulsion de mort en psychanalyse p 86)

La pulsion est une force biologique inconsciente qui, agissant de façon permanente, suscite une certaine conduite. La source des pulsions est corporelle. C'est un état d'excitation (comme la faim, la soif, le besoin sexuel...) qui oriente l'organisme vers un objet, grâce auquel la tension sera réduite. La pulsion fournit l'énergie psychique nécessaire à l'activité de l'appareil psychique. C'est une charge énergétique qui fait tendre l'appareil psychique vers un but.

Concept à la limite du somatique et du psychique, une pulsion a trois composantes :

La source : excitation interne prenant naissance dans le somatique,

Le but : il est d'éliminer la tension, donc chercher le retour à l'état antérieur de quiétude,

L'objet : c'est ce par quoi le but est atteint.

Les pulsions partielles ou pré-génitales sont celles qui sont à l'œuvre dans la sexualité infantile. On parle alors de pulsions orales, de pulsions anales, et de pulsions phalliques. Elles seront rassemblées comme préliminaire de la pulsion génitale adulte.

Dans la pulsion, il faut envisager l'affect et la représentation :

La représentation est définie comme ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée, en particulier la reproduction d'une perception antérieure (par exemple l'évocation d'un voyage).

L'affect est l'expression qualitative de la quantité d'énergie pulsionnelle et de ses variations (pour l'exemple cité, ce pourra être le sentiment agréable de bonheur qui s'attache à ce voyage).

FREUD a étudié les pulsions dites "*instinctuelles*" et le refoulement qu'elles subissent par la censure morale. Il est d'usage de distinguer trois étapes dans le cheminement de la pensée de FREUD:

_ Étape : elle est caractérisée par le dualisme entre pulsions sexuelles d'une part, et pulsions du Moi ou d'autoconservation d'autre part. Cette dualité est une opposition entre les pulsions qui servent à la sauvegarde de l'individu et les pulsions qui assurent la conservation de l'espèce. Les pulsions sexuelles, par leurs exigences, peuvent

compromettre la sécurité du sujet, en tout cas sa quiétude à l'intérieur de son milieu social. Toutefois, un apport majeur de cette première élaboration est la notion d'étayage. En effet, pulsions sexuelles et pulsions du Moi ne s'opposent pas d'emblée. Au début de la vie, elles s'étaient sur les fonctions d'autoconservation, c'est à dire qu'elles empruntent à la fois la source et leur objet. La pulsion sexuelle ne se définit en somme que par un certain mode particulier de satisfaction qui n'est qu'une sorte de bénéfice obtenu en plus. Une des conséquences importantes de cet étayage sur diverses fonctions du corps est la notion de pulsions sexuelles. Il n'y a ainsi qu'une sexualité, qu'une pulsion sexuelle, mais de la petite enfance jusqu'à la phase œdipienne, les composantes de cette pulsion peuvent fonctionner de façon autonome.

Deuxième étape : elle est marquée par l'introduction du narcissisme dans la théorie des pulsions. Si auparavant FREUD distinguait une satisfaction auto érotique et une satisfaction objectale, il introduit maintenant une autre modalité qui est l'investissement global du Moi par la libido. Le narcissisme nous amène à considérer 3 faits : un état totalement indifférencié ("*Moi/ça/Sujet/Monde extérieur*"), la constitution d'une image unifiée du Soi par succession des auto-érotismes et (ou) par intériorisation d'une image de l'Autre,

le retrait sur le Moi de la libido investissant les objets extérieurs (narcissisme secondaire).

Troisième étape : elle institue l'opposition entre pulsions de vie et de mort. La pulsion de mort est postulée à la suite d'une remise en cause du principe de plaisir par la compulsion de répétition. Il semble exister dans la vie psychique une tendance irrésistible à la répétition qui s'affirme sans tenir compte du principe de plaisir en se mettant en quelque sorte au-dessous de lui. La tendance à la répétition est une propriété générale des pulsions qui poussent l'organisme à reproduire, à rétablir un état antérieur auquel il avait dû renoncer. Le changement et le progrès seraient dus à l'action des facteurs extérieurs, des facteurs perturbants qui obligent l'organisme à sortir de cette inertie. Mais l'état antérieur à la vie étant inorganique, on peut dire que la pulsion tend à ramener l'organisme vers l'inorganique, ou encore que la fin vers laquelle tend toute vie est la mort. On en arrive ainsi à postuler aux racines de notre vie psychique, une pulsion de mort. A celle-ci s'oppose une pulsion de vie (*EROS*) qui tend à organiser des formes de substances vivantes de plus en plus complexes et à les maintenir tels. Cependant, les deux pulsions de vie et de mort peuvent se trouver unies dans des proportions variables et

ces variations modifient de façon considérable le comportement du sujet.

Pulsions de vie et de mort sont toujours intriquées. Cette intrication tient à l'action propre d'EROS qui cherche toujours à assembler, à lier.

Lorsqu'il y a désintrication des pulsions, apparaît l'ambivalence amour/haine.

A la limite on peut dire que deux conceptions existent. Dans la première conception pulsionnelle, la vie à son origine à l'intérieur de l'organisme et la pulsion est en quelque sorte à son service. Dans la deuxième, la vie à son origine dans un accident extérieur à l'organisme et les pulsions tendent au contraire à ramener cet organisme à un inorganique antérieur à la vie.

La mort selon FREUD, serait le résultat proprement dit et le but de la vie.

Ce n'est pas la mort qui est un accident, c'est la vie. (Mr Dominique Giffard, le site "Psychiatrie Infirmière"<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/>)

2 6- les théories psychanalytiques de l'angoisse de la mort.

Freud explique dans "la morelle sexuelle civilisée" en 1908, que la répression sexuelle s'accompagne d'une augmentation des angoisses de la mort.

Il dit : " je pense que l'angoisse de la mort se déroule entre le moi et le surmoi", là où il pense qu'il faut le soulager à la métapsychologie de la mélancolie. " le moi se sacrifié par ce qu'il se sent haï et persécuté au bien d'être aimé par le surmoi", et devant un danger réel auquel le moi , ne peut pas parer ses propres moyens , le moi se voit alors abandonnée par les puissances protectrices et se laisse mourir .(Claude le Guen et all,1996,P6-10).

2-7- la résilience :

La résilience selon le dictionnaire de français est la Capacité d'un individu a supporté psychiquement l'épreuve de la vie. Capacité qui lui permet de rebondir, de prendre un nouveau départ après un traumatisme (dictionnaire d français)

En physique des matériaux (métallurgie), la résilience concerne l'évaluation de la résistance des matériaux à des chocs élevés et leur capacité d'absorber l'énergie cinétique sans se rompre.

Du point de vue psychologique, la résilience révèle face à des stressés importants et/ ou cumulés, face à des traumatismes ou des contextes à valeur traumatique. (Marie Anault recherche en soins infirmiers 2005 /3 N° 82 page 04)

2-7-1-Les champs de la résilience :

- Dans le champ de la clinique les apports de la résilience et des facteurs de protection peuvent être analysés à partir de leurs convergences, de leurs complémentarités mais aussi de leurs différences face aux modèles devenus classiques de la prise en compte des facteurs de risque et de la vulnérabilité des personnes.
- Dans le secteur sanitaire et social, loin de se substituer à la prise en considération des facteurs de risque des sujets, la résilience enrichit la clinique en proposant de nouvelles perspectives dans la compréhension de la souffrance et la prise en charge des patients. On peut dire que ce concept participe à la constitution d'un modèle théorico-clinique original dont les applications sont nombreuses et variées dans la clinique contemporaine.
- sur les terrains de pratiques, La résilience peut être interrogée à la lumière de ses contours théoriques, qui se précisent petit à petit dans ses applications. Nous proposons d'aller à la rencontre du concept de résilience, en le situant dans la perspective évolutive de son émergence dans le domaine scientifique et clinique. Pour cela, nous allons aborder les principales assises théoriques de la résilience, en retraçant les grandes lignes de son évolution au cours des dernières décennies.

La résilience est sans doute encore en cours de développement et les applications cliniques qui en découlent dans les pratiques de soins sont encore à construire, à valider et à délimiter. Cependant, le modèle issu de la résilience représente un espoir important qui change le regard porté aux patients et à l'accompagnement de leur souffrance (Marie Anault recherche en soins infirmiers 2005 /3 N° 82 page 04)

Synthèse

L'angoisse, c'est l'inquiétude profonde entraînant un sentiment de malaise psychique et physique.

Mourir c'est ne plus s'apparenter, c'est être physiquement et psychiquement désincarné. C'est n'être plus rien ni personne. Ou seulement dans le souvenir des autres par contre l'angoisse de mort est l'un des réactions majeures qui touche l'individu, qui se déclenche à cause de plusieurs facteurs.

Cette peur ou ce malaise se défèrent d'un individu à l'autre et aussi selon la situation dans laquelle il est.

Chapitre V

AXE 01 :

Présentation,

Analyse et

Interprétation

des Résultats

Axe 01 : la démarche de la recherche

Préambule :

La méthodologie étudie la réalité sociale dans le but de trouver la véritable explication des faits sociaux par le biais de l'observation et de l'expérimentation commune à toutes les sciences .Elle nous organise notre travail et le rend objectif.

Dans ce chapitre , nous allons aborder les étapes à suivre dans la réalisation de notre thème de recherche ; présenter la pré-enquête , définir la méthode utilisée, présenter le lieu de notre recherche et les critères de choix de notre population d'étude .Et aussi la présentation des techniques utilisées ; l'entretien clinique afin de permettre l'acquisition de différentes informations concernant le patient, aussi l'échelle de l'anxiété de la mort de Donald Templer pour mieux envelopper notre thème. Du coup, l'analyse de ces outils a pour but de nous permettre une meilleure connaissance de l'observance thérapeutique afin de vérifier nos hypothèses.

1- La démarche de la recherche et la population d'étude :

1-1- La pré-enquête :

La pré-enquête est une étape préparatoire pour l'enquête, qui nous permet d'avoir des informations et d'avancer des hypothèses sur le thème de recherche .A côté de la partie théorique de notre travail, nous avons réalisé une pré-enquête au niveau de l'hôpital " Akloul Ali" afin de pouvoir

préciser nos questions de recherche et construire les hypothèses adéquates a notre thème de recherche.

Cette pré-enquête a pour objectif d'avoir une vue d'ensemble sur le patient dialysé, ainsi que le déroulement des consultations. Cela a pour finalité de préparer le terrain pour la réalisation de l'enquête auprès de notre population d'étude et de ce fait le traitement des informations obtenus.

1-2-Le lieu de la recherche :

L'hôpital civil d'Akbou est un établissement public de santé baptisé au nom du chahid lieu tenant Akloul Ali en 1970. L'établissement a pour mission la prise en charge de manié réintégré et hiérarchisée les besoins sanitaires de population dans ce cadre il est chargé de :

Assurer l'organisation et la programmation des soins curatifs de diagnostic.

La prise en charge totale des malades durant leur hospitalisation.

_L'E.P.H peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale.

Comme il doit contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels de ces services.

Mise en œuvre les délibérations du conseil d'administration ;

- Passé les contrats, les marchés et les conventions conformément à la réglementation en vigueur ;

Nomination et installation des personnels à l'exception des personnes nommées directement par la tutelle (Ministre de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.). Décisions internes telles : les affectations, les réquisitions, les sanctions et les réunions.

Tableau N°01 : La liste des services hospitaliers et leur capacité technique :

Service	Unité	Nombre lits techniques	Nombre lits organisés	Effectif de personnels	
				Grade	Effectif
Médecine interne	Hospitalisation on hommes	62	34	Médecin	02
				Médecin	01
				Infirmier	04
				Infirmier	07
				Aide	03
				Agent de	05
	Hospitalisation on femmes		Médecin	02	
			Médecin	03	
			Infirmier	06	
			Infirmier	05	
Aide		02			
Oncologie médicale	00	Service non crée			
Centre d'hémodialyse	13	Service technique			
Chirurgie générale	Hospitalisation on Hommes	42	20	Médecin	07
				Médecin	00
	Hospitalisation on Femmes		22	Infirmier	16
				Infirmier	05
				Aide	01
Hospitalisation on Enfants	05	Agent de			
Pédiatrie	Pédiatrie	30	33	Médecin	01
				Médecin	01
				Infirmier	07
	Néonatalogie			Infirmier	02
				Aide	01
				Agent de	04
Gynécologie obstétrique	Gynécologie	38	16	Médecin	02
				Infirmier	05
				Infirmier	05
	Obstétrique		18	Sage-femme	18
				Agent de	06
Total :	/	172	179	/	130

1-3-l'échantillon d'étude :

Notre population d'étude contient des patients dialysés, se trouvant au sein de l'hôpital «Akloul Ali" d'Akbou, qui a consacré tout un service spécial d'hémodialyse. Notre population d'étude a été choisie selon quelques critères qu'on va citer ci-dessous.

1-4- Sélection de notre population d'étude :

Notre population formée dans le cadre de notre recherche est composé de six (06) cas différents à partir de dix (10) cas vus .Pour être en conformité avec les règles déontologiques de la recherche en psychologie clinique , les noms de ces patients ont été modifiés et les informations touchant à leurs vies privées non communiquées .Les critères de sélection des patients sont comme suit:

_ Critères pertinents :

- L'âge des patients retenus est compris entre 22 et 50 ans.
- Des personnes hémodialysées.
- variété entre les deux sexes
- La variété de la situation sociaux-économique des patients

- critères non pertinents :

- L'âge d'apparition de cette maladie n'était pas pris en considération lors du choix de notre population d'étude.

-Le niveau d'instruction n'a pas été pris en considération.

Tableau N°02 : Récapitulatif des cas étudiés

Cas	Age	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	L'âge d'apparition de la maladie
Taklit	48	6 ^{ème} année primaire	Ex coutrière	Modéré	45 ans
Atmane	47	4 ^{ème} année primaire	Retraité invalide	Moyenne	37 ans
Ghania	31	3 ^{ème} année moyen	Sans profession	Dégradé	30 ans
Fares	23	4 ^{ème} année moyen	Sans profession	Modéré	22 ans
Lila	50	3 ^{ème} année primaire	Sans profession	Dégradé	42 ans
Karim	30	3 ^{ème} année secondaire	Agent de bureau chez Ifri	Bonne	29 ans

2- La méthode de recherche :

2-1- la méthode clinique :

Elle s'insère dans une activité pratique visant à la reconnaissance et la nomination de certains états et aptitudes et comportements , dans le but de proposer une thérapeutique , une mesure d'ordre social ou éducatif , ou

une forme de conseil permettant une modification positive de l'individu .(Pedinelli, 1995 p.11).

La méthode clinique nous offre la possibilité d'observer et d'être en contact avec la personne atteinte d'une insuffisance rénale tenant compte de subjectivité, sa totalité et son sens. Elle est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes du sujet souffrant, Elle ne peut que centrer sur le cas, c'est à dire l'individualité. Une attention est spécialement portée à la parole du sujet, sur des informations et qu'elle tente de les regrouper les en refuse d'isoler ces informations attribuées par le sujet de plus la spécificité de la méthode clinique réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle (**Pedinelli**).

3-Les techniques utilisées :

3-1- L'étude de cas :

L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné, elle permet de regrouper un grand nombre de données issue de méthode différent (entretien, test projectifs, questionnaires, échelles clinique ...), afin de comprendre mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, a son histoire et a son contexte de vie.

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

telle difficulté de vie importante .Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. (Chahraoui K. et Bénony, H.).

3-2- L'entretien clinique :

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose le petite Roberte : «comme l'action d'échange de parole avec un ou plusieurs personnes». L'entretien clinique est un des outils de la méthode clinique, il est une technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, sentiment, émotion, expérience) témoigne de la complexité de sujet .la spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique, ou un sujet adresse une demande a un clinicien, ce dernier étant identifié par sa fonction et par sa position durant l'échange.

L'entretien clinique peut être mis en œuvre dans déférant contexte et répond à des objectifs différents : diagnostique, thérapeutique, recherche. (Fernandez, L et Bonnet, A).

a- L'entretien directif :

Ce type d'entretien s'apparente sensiblement au questionnaire, à la différence que la transmission se fait verbalement plutôt par écrit.

Dans le cadre de cet entretien, l'enquêteur pose des questions selon un protocole strict fixé à l'avance. ([http://www.ac-strasbourg.fr <stss <16...p.1.pdf](http://www.ac-strasbourg.fr/stss/16...p.1.pdf)).

b- L'entretien semi directif :

Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparait à l'avance mais non formulées d'avance : elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association".

Donc dans ce type d'entretien, le clinicien dispos d'un guide d'entretien, il a en tête quelque question qui correspond à des thèmes sur lesquels, il se pose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisés ni ordonné, mais aux moments opportuns de l'entretien clinique la fin d'une association du sujet, par exemple, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Chahraoui, K et Bénony, H).

C. Le guide d'entretien :

L'outil qui sert de support est le guide d'entretien, document qui liste les thèmes ou les questions à aborder et qui permet parfois de saisir les réponses ou fur et à mesure de l'entretien.

Le guide d'entretien liste :

.Les thèmes à aborder pour un entretien non directif

.Plusieurs questions qu'il est possible de poser pour un entretien semi-directif.

Le guide prévoit parfois des questions de substitution, complémentaire ou de clarification lorsque la réponse n'est pas satisfaisante.

.les questions sous forme d'un questionnaire pour un entretien. (<http://www.ac-strasbourg.fr^<stss<16...p.1.PDF>).

Nous avons formulé un guide d'entretien composé de 04niveaux :

1- Information personnelle :

- _ Quel est votre nom ?
- _ Quelles est votre âge ?
- _ Niveau d'instruction ?
- _ Situation familiale ?
- _ Situation professionnelle ?
- _ Si vous travaillez, dans quel domaine ?

2 : Information sur l'état de santé :

- _ Quelle est votre état de santé actuelle ?
- _ Quelle est votre traitement actuel ?
- _ Que pensez-vous vis-à-vis votre maladie ?
- _ Comment on vous a déclaré votre maladie ?
- _ Quel est votre réaction en lançon votre maladie ?

- _ Comment tu es atteint de la maladie ?
- _ Depuis quand vous été malade ?
- _ Il Ya quelqu'un de votre famille ou de vous proche atteint de cette maladie ?
- _ Avez-vous d'autres maladie ?
- _ Avez-vous déjà perdu quelqu'un de très proche ?
- _ Avez-vous déjà vu quelqu'un décède devant toi ?
- _ Si oui comment vous allez réagi ?
- _ Que sentez-vous en ce moment ?

03 : informations sur le vécu familial et social

- _ Comment vivez-vous votre maladie au sein de la famille ?
- _ Quelle est la réaction de votre famille vis-à-vis votre maladie ?
- _ Que pensez-vous de l'avis de votre famille ?
- _ Sentez-vous le soutien de votre famille à guérir votre maladie ?
- _ Comment sont-elles vos relations dans l'environnement ?
- _ Que pensez-vous de votre avenir ?

04 : informations sur la vie psychique

- _ Est-ce que tu te sens énervé tout le temps ?
- _ Si oui que vous fait énerver ?
- _ Est-ce que vous allez peur que quelque chose d'horrible vas venir ?

- _ Si oui, le quel ?
- _ Vous avez des sensations soudaines de panique ?
- _ Vous prenez de plaisir aux mêmes choses comme avant ?
- _ Est-ce que tu te sens décontracté ?
- _ A la nuit à quelle heure vous dors ?
- _ Vous réveillé combien de fois dans la nuit ?
- _ Si vous n'avez de sommeil vous faite quoi ?
- _ Et vous pensez à quoi ?
- _ Avez-vous été tellement agité qu'il vous a été difficile de rester assis ?
- _ Etes-vous senti trop préoccupé à propos de votre maladie ?
- _ Est-ce que vous avez confiance en vous ?
- _ Avez-vous senti ne pas être capable d'arrêter ou de contrôler votre état de santé ?
- _ Est-ce que vous été satisfait ou vous avez confiance de votre traitement ?
- _ Est-ce que vous prendre le plaisir à la chose ?
- _ Est-ce que vous ris facilement ?
- _ Est-ce que vous allez peur de quelque chose ?
- _ Est-ce que vous avez des planifications, à l'avenir ?
- _ Parlez-nous de vos projets, de vos souhaits ?

3-3- l'échelle de l'angoisse de mort « Donald Templer » :

C'est un échelle qui comprend une liste de questions qui permettent la collecte de données sur l'angoisse de la mort, cette mesure a été mise au point par l'américain « Templer Donald » Il a été traduit dans de nombreuses langues, dont l'arabe, l'espagnol et même le japonais et l'hindi, et a été utilisé dans de nombreux recherche menée sur divers échantillons d'hommes et de femmes de différentes cultures, qui est associée avec un grand nombre d'âges de 16 à 85 ans et de nombreuses variables telles que l'âge, le sexe, le degré de religiosité, la santé physique et mentale et d'autres types de comportement, c'est donc l'un des échelle les plus répandues dans la recherche, cette mesure a été appliquée pour la première fois en 1970.

-Caractéristiques cryométriques de la balance :

L'élaboration du test a commencé avec le développement de 40 items, sélectionnés sur une justification logique, qui étaient liés à des aspects qui reflètent un large éventail d'expériences liées à l'angoisse de mort, à savoir le processus de la mort, la mort en tant que réalité absolue, les cadavres et l'enterrement. Ensuite, l'échelle a traversé des étapes successives jusqu'à atteindre 15 items, qui sont

L'image finale de l'échelle. L'échelle contient (09) éléments à corriger par « oui » et (06) éléments à corriger par « faux».

Il s'avère que la réponse au consentement accommode une petite quantité de variance dans cette échelle et que ce point a été mesuré par (l'échelle Coach Key stone) qui est considérée comme la meilleure échelle de synthèse car elle se compose de 15 items de réponse avec approbation, et l'étude des Templer a montré qu'il n'y a pas de corrélation significative entre eux et l'échelle de réponse liée à l'attractivité sociale telle que mesurée par l'échelle (Marlockron)

3-3-1-Stabilité de l'échelle :

Ahmed Abdel-Khaleq a traduit l'échelle d'anxiété de mort en arabe et appliqué les deux versions (arabe et anglais) ensemble avec un échantillon d'étudiants égyptiens du département d'anglais, le coefficient de corrélation entre les deux versions en arabe et en anglais a atteint 87,0 pour les deux sexes féminins et masculins.(N=43) Ceci en fonction de la stabilité du nouveau test en arabe, et l'intervalle de temps entre le test et sa répétition a été une semaine, alors que le coefficient de corrélation entre les deux version atteint 70,0 par rapport au sexe masculins N=44 et 0,73 par rapport au sexe féminin N=56

Tous ces coefficients considérés comme élevé.

3-3-2-Validité de l'échelle :

Templer a estimé la validité de l'échelle en utilisant plusieurs méthodes, notamment en comparant les degrés de maladie dans le domaine psychotique qui ont déterminé qu'ils avaient une anxiété de mort élevée avec les scores d'un échantillon témoin de patients psychiatriques qui ont décidé qu'ils n'avaient pas d'anxiété de mort, et des différences ont été extraites entre les scores des deux groupes, ce qui indique la validité de l'échelle, ainsi que la forte corrélation intrinsèque entre cette échelle et l'échelle « Bobar » pour la peur de la mort, ainsi que la corrélation négative intrinsèque avec le « Échelle de force de l'ego K » de la liste (Minnesota).

3-3-3-Comment corriger et appliquer l'échelle :

L'échelle « Templer » peut être appliquée individuellement ou collectivement, le livret de questions contient l'instruction « qui explique la méthode de réponse et est représenté en :

Si l'énoncé est vrai ou s'applique à vous, encerclez (V)

- Si l'énoncé est faux, d'abord il ne s'applique plus à vous, encerclez (F)

Les réponses du patient sont consignées sur la même brochure. Cette brochure comprend : l'inscription de l'âge du candidat, son niveau d'instruction. Le patient est invité à lire l'instruction pour lever toute ambiguïté ou malentendu, et généralement l'examineur ne précise pas la durée de l'examen, sachant qu'il n'est pas excessivement long dedans.

Cette échelle comprend, comme mentionné précédemment, 15 items dont (09) corrigés par « oui » et (06) corrigés par « non ».

La note est donnée par :

-Un point (01) pour les items qui sont corrigés avec (V) et répondu correctement par le candidat (s'applique).

-Un point (01) pour les items qui sont corrigés avec (F) et le candidat y a répondu ainsi(ne s'applique plus).

-Zéro (0) pour les items qui corrigent(V) et le candidat leur ont répondu de manière incorrecte (ne s'applique plus).

-Zéro (0) pour les items qui corrigent (F) et le patient y a répondu correctement (s'applique).

-Le tableau n° (3) présente l'échelle de sélection de l'angoisse de mort pour Donald Templer :

Les items qui sont corrigé avec (v)	1	2	4	8	9	10	11	12	13	14
Les items qui sont corrigé avec (f)	3	5	6	7	15					

-Cette échelle dicte qu'un score de (0) est le score le plus bas qu'un patient peut obtenir, tandis qu'un score de (15) est le score le plus élevé qui peut être obtenu.

-estimation de l'existence ou l'absence d'anxiété de mort est estimée à l'aide de la Méthode d'intervalle, qui est la suivante :

*Un score entre (00-06) indique qu'il n'y a pas d'anxiété de mort chez le patient.

*Un score entre (08-07) indique l'existence d'une anxiété de mort modérée.

*Un score entre (09-15) indique l'existence d'une anxiété de mort élevée.

4_Déroulement de la recherche

Notre recherche sur le terrain s'est effectué au niveau du service d'hémodialyse de Akbou au cours d'une durée de trois mois où on a commencé tous d'accord à observer et s'informer d'avantage sur l'état du ses sujets et de s'approcher aussi d'eux pour avoir leur confiance et leur consentement pour accéder à l'entretien clinique.

La deuxième étape c'est la passation du guide d'entretien où les sujets répondent aux questions concernant leurs relationnelles familiale et environnemental mais vis-à-vis de la maladie chronique le traitement et ses effets.

L'administration de l'échelle d'angoisse de la mort de Templer dans cette étape on y obligé d'être à côté du patient pour lui expliquer l'application et on y obligé de traduire a la langue maternelle puisque il y a des patients ne comprends pas la langue française.

La passation c'était dans la salle qui contient six personnes et le sujet allongé sur un lit. Cela durant la séance de dialyse.

Synthèse

Est une étape très importante dans la réalisation d'un travail scientifique en c'est basé sur la méthode clinique pour recueil et la collecte des données et des informations proprement dite peut se faire toute sur une population d'étude bien préciser à laquelle se référer l'hypothèse puis les outils de recherche pour arriver à des résultats qu'on peut analyser et interpréter dans le début de confirmer ou infirmer nos hypothèses émises ou début de notre recherche.

Chapitre V

AXE 02 :

Présentation,

Analyse et

Interprétation

des Résultats

AXE 02 : Présentation, Analyse et interprétation des résultats

Présentation de cas N°01 : (Taklit)

1-Information personnel :

Taklit femme âgée de 48 ans, habite au village Ighzer Amuqran, marie et mère de quatre fils et d'une fille, dont l'un de ses enfant scolarisé au niveau moyen et les autres sont des adultes et on terminée leurs études universitaire et sont à l'âge de mariage comme elle a dit.

Taklit travaillait dans le domaine de la couture, un métier qu'elle a beaucoup aimé, et elle dit que grâce à la couture, elle peut aider son mari à faire face aux difficultés de la vie, d'après elle la situation socio-économique de la famille est moyenne.

2- Etat de santé :

Taklit atteint d'insuffisance rénale à l'âge de 45 ans. elle avait des antécédent de la maladie, car elle souffrait d'hypertension artérielle depuis l'âge de 35 ans, qu'elle n'a pas donné d'importance vu son attachement au travail et avec une fatigue croissante, elle souffrait d'une insuffisance rénale chronique, a laquelle ne s'était jamais attendus, elle c'est arrivé subitement et a reçu la nouvelle comme un coup de foudre, de sorte que sa vie s'est détériorasse et bouleversée. Elle a été emmenée à l'hôpital pour hémodialyse, avec une humeur instable, actuellement elle suivre ses séances de dialyse à la moyenne de trois fois par semaine.

Aucun de ses proches atteints de cette maladie IRC.

Elle n'a pas vu quelqu'un décidé devant elle « j'entends qu'il ya des gens meurt et le tour à moi un jour »

3- La vie familiale et relationnelle :

Concernant l'entourage familial Taklit se sent bien soutenus de la part de sa famille, « mon mari s'est tenu avec moi et ne m'a jamais laissé toute seule, mes enfants aussi se sont autour de moi ils ont inquiet de moi surtout ma fille qui s'occupe bien de mes besoins ». « Je me sent bien le soutiens de ma famille au point ou je me suis inquiet de les quitter soudainement » s'est ce qui montre l'ampleur des angoisses qu'elle vit quotidiennement.

4- la vie psychique :

Taklit semble calme en surface, c'est comme si elle cachait des choses quelle ne veut pas révéler.

Elle continue à parler d'une manière triste reflète la profondeur de chagrin intérieur qu'elle vivait et une tentative de mettre en évidence la vérité sur sa famille, ses proches et même ses amis.

Taklit a perdu le gout de la vie et montre une sorte d'indifférence enver les choses et les objets qu'elle aimait.

Elle dort tard la nuit malgré la fatigue des heurs de dialyse et elle réveille souvent au milieu de nuit, Elle a déclaré que son sommeil est très léger et qu'elle pense beaucoup a sa maladie puis à ses enfants et à toute sa famille surtout son petit qui étudier au niveau moyen « J'ai peur de le quitter ».

Elle ne peut pas arrêter de contrôler son état de santé « mon insouciance de ma santé est ce qui m'a amené à cet état dans lequel je suis maintenant et donc je ne peux pas arrêter de penser à ma maladie ».

En question de l'avenir son souhait que ses enfant vit bien et que personne atteint de cette maladie horrible comme elle déclare.

5- Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Templar pour l'angoisse de la mort :

Tableau N°04 des résultats du 1^{er} cas à l'échelle d'angoisse de la mort

Les items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	T
Le score obtenu	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	10

D'après le tableau on constate que taklit a angoisse de mort élevé d'après la note obtenus 10/15 sur l'échelle d'angoisse de la mort de templer, dans ces réponse sur les items de 8 à 12 qui parle sur les sujet de mort, les manière de mort, la durée de la vie courte elle a répondu par vrai et s'applique a moi, ce qui indique la présence d'angoisse de la mort très refoulé chez Taklit, car elle répond aux items indirecte, quand aux énoncé directe elle niee et essaye de camoufler la vérité en répondant par faux sur l'item n° 1 « j'ai tellement peur de la mort » cela à été confirmé par le cas lors des entretiens clinique qu'on a fait avec elle. Tout ça du a sa peur de quitter la vie soudainement laissant derrière ses enfants qui n'ont pas encore régler leur situation et qui sont plus attachées à elle.

En déduit : Taklit est une femme qui a beaucoup souffert dans sa vie par ce que pour elle sa situation familiale est moyenne, vu que son mari était un simple fonctionnaire donc elle était obligé de faire un projet pour

aider son mari et faire sortir ses enfant de la misère, elle a travaillé beaucoup et réalisa plein de chose pour soi et sa famille donc avec cette maladie elle vit la crainte de perdre tout surtout sa petite famille, et ça à un effet psychologique lui a crée des angoisses des perturbation psychique refoulé pour sa famille en utilisant des mécanismes de défense comme le déni.

Présentation de cas N° 02 : (Ghania)

1- Information personnel :

Ghania est une jeune fille âgée de 31 ans, son niveau d'instruction st deuxième année secondaire, célibataire et sans profession. La situation socio-économique de la famille est moyenne d'après elle.

2- Etat de santé :

Ghania souffrent d'insuffisance rénale depuis 10 ans elle suit les séances de dialyse trois fois par semaine. L'annonce de la maladie par le médecin était un choc pour elle une jeune fille a l'âge de 20 ans atteint d'une insuffisance rénale chronique ? Ça lui a bouleversé la vie elle dit « je savais même pas quoi faire, est ce que je vis ? Je suis tellement perturbé ». Il y a le père lui rend l'espoir de lui donnée un rein, elle a subi une greffe rénale réussi pendant 03 ans et soudainement le rein ne fonctionne plus « j'ai revenu au cauchemar de la dialyse ».

3- La vie familiale et relationnelle :

Au sein de la famille Ghania déclare qu'elle ne vit pas bien malgré la souffrance de la maladie rénale et l'ampleur de trouble psychique que vit, elle ne trouve pas de soutien de la famille.

4- la vie psychique :

Ghania apparait de la première vu qu'elles souffrent des angoisses, des phobies, des sentiments d'infériorité, ses traits de visage ses mains tremblante, elle était sous le choc, stresse et l'inquiétude.

Elle a des perturbations de sommeil et fait des cauchemars, surtout a la deuxième reprise de se retrouver au dialyse. Elle s'arrive a s'allonger et elle ne peut s'étendre.

Elle dit « je n'arrive pas à contrôler mes justes de perturbation même devant les gens étrange a moi ». « il m'arrive des fois a penser que même cette machine va s'arrêter soudainement et on sera tous meurt ». Indique l'ampleur des souffrances intérieures que vit Ghania.

A la question d'avenir elle dit qu'elle n'a pas d'avenir elle ne peut penser à rien, elle a beaucoup d'ambition mais elle ne peut fait rien, elle dit « je suis abonée a cette machine et je crains qu'elle me quitte aussi et me laisse mourir ».

5- Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Templar pour l'angoisse de la mort :

Tableau N° 05 : des résultats du 2^{er} cas à l'échelle d'angoisse de la mort

Les items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	T
Le score obtenu	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	11

A partir des résultats obtenus dans ce tableau N° 05 par Ghania on constate qu'elle a une angoisse de mort élevé vu que le score obtenu 11/15 qui indique l'existence d'une anxiété de mort élevée chez la patiente. Ceci est corroboré par les réponses examinées dans l'échelle d'angoisse de la mort de Templer, en particulier l'énoncé n° 1 « j'ai très peur de la mort » ou elle a répondu par vrai, les énoncés de 05 jusqu'à 13, qui parle de sur les idées de mort, le temps et ce qui liée a la mort comme les balles, l'arrêt cardiaque, la mort douloureuse. Dans tous ces énoncés Ghania a marqué

des notes. Elle l'a confirmé aussi lors des entretiens clinique « franchement j'ai peur..., je ne veux pas mourir maintenant..., cette maladie me dérange... ».

On résume Ghania une personnalité fragile qui ne pouvait pas accepter sa situation actuelle, elle est nerveuse, anxieuse, craintive et honteuse d'elle-même. Tous ses symptômes apparait clairement a travers la confusion, les mains tremblantes, parle de manière erratique et avoir des pensée détérioré.

Présentation de cas N°03 :(Lila)

1- Information personnel :

Lila femme âgée de 50 ans, habite au village Leflay, marie et mère de trois fils et deux filles,

La situation socio-économique de la famille est un peu dégradée d'après elles.

2- Etat de santé :

Lila souffre d'insuffisance rénale depuis deux ans, à cause d'hypertension artérielle, qu'elle n'a pas traité à temps, elle suit maintenant le processus de dialyse à la moyenne de deux fois par semaine après avoir était une fois par semaine au début de sa maladie.

Sa réaction en apprenant la nouvelle de sa maladie a été un choc psychologique grave, elle s'est évanouit et avait très peur. « Des pensées vient dans ma tête, je vis ? Je quitte la vie à mon âge et mes enfants sont encore besoin de moi ? »

Quant aux antécédents pathologiques de la famille, sa sœur aînée avait souffert de cette maladie et en est décédés, ce qui a aggravé son anxiété. Elle dit qu'elle se sent horrifier lorsqu'elle voit quelqu'un mourir ou quand elle apprend le décès d'une personne, même si elle ne la connaît pas.

3- La vie familiale et relationnelle :

Lila vit avec sa famille dans des conditions normal, tout le monde lui donne de soutien et essaye d'alléger sa souffrance avec la maladie surtout ses filles comme nous a dit : elles font tout pour moi pour que je sois a l'aise.

4- la vie psychique :

Lila est de nature calme n'est pas très excitée, essayant de s'adapter à la situation. Elle fait souvent des crises de panique elle dit jusqu'à ce que « je ne me soucie de rien et que je ne profite plus des choses que j'aime », elle continue « je perds l'appétit pour la nourriture les repas que j'aime sont interdits pour les dialysés ». La nuit elle devient tellement insomniaque que elle ne peut pas s'allonger, « je pense à ma sœur décédée et j'ai eu de la panique ». Elle se réveille la plupart du temps avec des obsessions, de la peur et de l'anxiété.

Elle regarde l'avenir avec une vision de pessimisme, elle nous a dit qu'elle ne pense à rien d'autre que son état de santé, et ses enfants craignant qu'ils ne soient perdus.

5- Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Templer pour l'angoisse de la mort :

Tableau N° 06 des résultats du 3^{ème} cas à l'échelle d'angoisse de la mort

Les items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	T
Le score obtenu	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	10

Après avoir effectué l'échelle d'angoisse de la mort de Templer sur la patiente Lila, elle a obtenu les résultats indiqués dans le tableau N° 06 avec un score de 10/15 ce qui indique que la patiente a un degré d'angoisse de la

mort élevé. Ces réponses aux items sont claires, soutenant sa peur à la mort comme dans les items N°1, 2, 7 et 8 qui expriment fortement l'angoisse de la mort. L'énoncé 11 qui exprime dans ses sens la peur de mort soudaine. Et la vision pessimiste à l'avenir comme dans l'énoncé N° 15 qui parle sur l'avenir « je vois que l'avenir réserve quelque chose qui me fait peur ». Ou elle a répondu par vrai.

On déduit que Lila est une personne calme en apparence, mais elle est tendue et anxieuse dans les profondeurs. Elle coexiste avec une maladie physique et psychologique. Elle veille à la propreté de son corps, ses vêtements et toutes ses affaires, elle respecte ses rendez-vous avec précision et s'occupe de toutes les détails de traitement. Tout cela indique son angoisse intense et sa peur constante de la mort.

Présentation de cas N° 04 : (Atmane).

1- Information personnel :

Il s'agit d'Atmane âgé de 47 ans marié et père de quatre filles, habite à Bouhamza, son niveau d'instruction est moyen 9ème année fondamentale, la situation professionnelle Atmane est actuellement retraité invalide après une longue durée de travail chez la société IFRI dans l'agriculture il a quitté son travail à cause de sa maladie insuffisance rénale terminale. La situation socio-économique de la famille est moyenne d'après lui.

2- état de santé :

Atmane est atteint d'insuffisance rénale terminale, depuis neuf ans, il a été orienté vers l'hôpital par son médecin traitant ; est actuellement sous la dialyse en volume de trois fois par semaine.

Le début de sa maladie était une sensation de malaise, des nausées et des vomissements, mais sa situation économique critique lui a obligé à continuer à travailler sans faire attention à sa santé. Sa réaction en lançant sa maladie était avec une sorte de stress mais a rapidement accepté sa situation, puisque Atmane est croyant et influencé par la religion il a passé de nombreuses expériences de vie difficile, c'est ce qui lui a donné une forte personnalité qui résiste aux crises psychologiques.

Aucun de ses proches atteints de cette maladie et vu que Atmane a passé le service national il a déclaré qu'il a vécu plein d'expérience et de scènes douloureuses et a vu des cadavres autour de lui si pour cela il a dit « cela ne me dérange pas de voir quelqu'un mourir devant moi, au contraire je propose de l'aider en cas de besoin.

3-La vie familiale et relationnelle :

Atmane vit sa maladie au sein de sa famille dans des conditions favorables, il trouve le soutien de la part de sa femme de ses parents et

même des voisins et des amis, il passe la plupart de son temps à la maison ou en promenade avec sa famille et ses amis.

4-la vie psychique :

Depuis le début des entretiens clinique qu'on a fait avec Atman, il était caractérisée par le calme et la sobriété pas irritable et pas possédé par la peur, la plupart de temps il souriait et disait que malgré toute la fatigue causée par le dialyse il devait être optimiste et s'adapte aux circonstances de la vie, continuer à vivre normalement, rien n'a changé dans sa personnalité et ses sentiments.

Quand on lui a demandé s'il a peur de la mort, il nous a répondu que la peur de la mort existe chez les personnes atteint de trouble obsessionnel-compulsif, quant à moi, je crois que la mort est le destin et nous l'attendons tous à tout moment.

A la nuit il n'a pas de problème de sommeil, il dort bien et ne se réveille pas au milieu de la nuit sauf en cas de besoin, et donc il n'a pas d'hallucination ni des peurs nocturne au future.

Quant a ses projet futurs, il dit « je ne prévois rien car mes les circonstances et les conditions de la maladie ne me permettent pas de monter des projets ». Il ajoute « Nous sommes limités par le temps, le régime alimentaire et cette machine » l'indique par sa main, il souhaite réussite à ses fille et rétablissement à toute les malades surtout les insuffisant rénaux

5- Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Templar pour l'angoisse de la mort :

Tableau n°07 des résultats du 4^{ème} cas à l'échelle d'angoisse de la mort

Les items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	T
Le score obtenu	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	04

D'après le tableau n° 07 qui donne les résultats obtenu par le patient a l'échelle d'angoisse de la mort de Templer. On a trouvé que Atman à une baisse angoisse de la mort vu le score obtenu 04 réponse vrai sur (15) ce qui montre qu'il n'y a pas d'anxiété de mort chez le patient, et cela est dû au faits que Atman se distingue par sa forte personnalité et dureté psychologique. Atman acquis par ses expérience vécu comment affronter la vie et vivre en calme, et aussi la foi forte qu'il apprécier, loin des hallucinations et des obsessions tout ça a été confirmé par le patient lors des entretiens clinique qu'on a entamé avec lui.

En déduit : Atman est un brave homme avec une forte personnalité malgré qui l'a peu d'ambition liée à sa maladie, ses condition d'hygiène et son âge il a beaucoup de courage et nous avons touché chez lui la rationalité et l'impartialité dans le traitement des crises, de la patience et agit intelligence et respect et combattre ses peurs intérieures.

Présentation de cas N° 05 :(Karim)

1- Information personnel :

Karim, qui a 30 ans, a quatre frères et deux sœurs, et il est à la troisième place dans l'ordre de la fratrie. Son niveau d'instruction est à troisième année secondaire, est sur le point de se marier et a arrangé les fiançailles.

Sa profession ouvrière du groupe Soummam en tant qu'agent de bureau. La situation socio-économique de la famille est élevée

2- Etat de santé :

Karim souffre d'insuffisance rénale depuis un an et suit les séances de dialyse en volume de deux fois par semaine.

Il a dit que le médecin lui avait dit qu'il souffrait d'insuffisance rénale et qu'il devrait aller à l'hôpital pour une dialyse, il a dit que j'avais une crise de panique et une peur intense et que maintenant je vis avec des sentiments de peur, d'anxiété et d'hésitation, et souvent des pensées d'infériorité et de moral bas, vivent de l'impact de la peur constante de mon futur jusqu'à ce que je perde confiance en moi même.

Karim n'a pas d'autres maladies et ne trouve aucun de ses proches atteint de cette maladie et dit que je n'ai jamais vu personne mourir devant moi, mais je ne pense pas pouvoir regarder quelqu'un mourir.

3-La vie familiale et relationnelle :

Karim est orphelin de mère, sa mère est décédée il y a des années, et son père a refusait de remarier, et il a dit que nous sommes une famille unie, que nous faisons toutes les tâches ménagères, et quand j'ai contracté cette maladie, ils étaient stupéfaits car ils n'attendaient pas que j'atteigne ce

mauvais état de santé, mais malgré cela, ils se sont tenus à mes côtés et m'ont soutenu financièrement et moralement et ont retrouvé ma confiance en moi et mon estime de soi.

4- la vie psychique :

Karim semble être une personne calme, mais après les entretiens clinique qu'on a fait avec lui, il nous a paru que c'est une personne contrarie. Il a beaucoup de colère et d'émotions pour des raisons insignifiantes. Il dit qu'il avait des accès de panique, de peur et qu'il sent mal à l'aise et méfiant. A la nuit il ne dort pas bien, il dit « je me sens pas à l'aise, je me réveille souvent toute la nuit en pensant à mon avenir, d'autant plus que je suis sur le point de mariage ». Il a du mal à s'allonger et à s'asseoir tranquillement, il dit qu'il évite de rencontrer les gens parce qu'ils se posent des questions sur son état de santé, ce qui suggère qu'il a honte de sa maladie, arrive pas à accepter. Ça lui fait recours à des mécanisme de défenses tels que le déni et la reconnaissance, il prend soin de ses apparences essayant de cacher tout ce qui montre qu'il est malade comme cacher les traces des aiguille et le pansement, il dit qu'il fait ça pour éviter les question et la curiosité des gens. Ça reflète l'ampleur des souffrances intérieur que vit Karim.

Concernant l'avenir ; Karim espère terminer les procédures de mariage et voyager à l'étranger dans les plus bref délais possible pour une greffe rénale. Il parle et déclare « je suis très contrarié par cette situation que je vis ».

5- Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Templer pour l'angoisse de la mort :

Tableau N° 08 des résultats du 5^{ème} cas à l'échelle d'angoisse de la mort

Les items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	T
Le score obtenu	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	11

D'après le tableau N°08 qui montre le calcul des scores obtenus à l'échelle d'angoisse de la mort de Templer, il nous apparut clairement que le degré d'angoisse de la mort chez Karim est élevé vu le score obtenu à l'échelle 11/15 malgré qu'il a refoulé cette angoisse en répondant par faux aux items 1 et 2 qui parlent directement sur la peur de mourir, ici il utilise la fonction d'évitement de l'angoisse, le sujet se trouvant dans l'impasse, ses sentiments cachés inopérants, le rappel à la réalité des faits devrait être apparu, il l'a confirmé dans les items comme l'item 3 et 7 où il a montré sa peur à l'idée de la mort, dans l'item 11 aussi a confirmé sa peur de mourir d'une maladie et encore dans l'item 15 où il montre sa phobie à l'avenir.

On déduit que Karim est une personne caractérisée par une détresse psychologique, des sentiments soudains de peur, de panique. Cela vient par dissimulation, ce qui signifie que cette personne ne s'exprime pas d'une manière acceptable.

Présentation de cas N° 06 : (Fares)

1- Information personnel :

Il s'agit de jeune Fares âgé de 22 ans et qui est le dernier d'une fratrie de deux frère et une sœur, il est orphelin de père. Son niveau de construction est de 4^{eme} années moyens, d'après lui la situation socio-économique de la famille est moyenne.

2- Etat de santé :

Fares souffre d'insuffisance rénale depuis près d'un an, il suit les séances de dialyse 03 fois par semaine.

On a observé chez Fares la fragilité psychique et une perte de confiance en soi, lorsque les médecins lui ont parlé de sa maladie, il s'est évanoui avec un degré élevé d'émotion de chagrin et possédé par la peur et la terreur et l'incapacité d'accepter qu'il soit dialysé a long terme il dit qu'il ne pouvait pas penser ou imaginer qu'il est atteint de cette maladie et avait pas un espoir qu'il peut être guérir de cet maladie mortel.

Fares est le seul de sa famille atteint de cette maladie « aucun de mes proche atteint de cet maladie sauf moi, si comme le destin veut faire de ma vie une vie courte ». Ce qui indique l'apparition apparente de sentiment d'angoisse de la mort chez le jeune homme.

3- La vie familiale et relationnelle :

Dans le milieu familial Fares reçoit un soutien psychologique et moral, car il est entouré de l'amour et de soin, malgré le décès de père, ses frères aînés assument la responsabilité et attention à leurs frère, surtout la maman que nous avons remarquée qu'elle est très attaché à lui, elle

l'accompagne même à l'hôpital et reste avec pendant les heures de dialyse pour le réconforter et le soulager.

Coté amis Fares semble être une personne qui a tendance à être renfermée qui aime le calme et le silence, c'est une personne introvertie, surtout après avoir souffert d'une insuffisance rénale.

4- la vie psychique :

Fares parle de ce qui le tracasse et fait ressortir ses refoulement et dit que je m'énerve beaucoup et tout le temps et me met vite en colère, surtout quand il me parle de ma maladie ou me posent des questions sur mon état de santé, car je n'aime pas parler et je trouve de plaisir ou désire à la chose comme avant.

A la nuit, il dit j'ai de mal à dormir et je me réveille souvent ; et plusieurs fois je reste des heures sans dormir ; « j'écoute la fistule et ça dit tictactictac ; ça me rappelle le protocole quotidien devant la machine de dialyse » et donc lui apporte le replonge dans les sentiments d'angoisse, de stresse, d'insomnie malgré l'ampleur de fatigue causé tout au long de l'opération.

A propos de ses projet et ses ambition Fares a une tendance au monde de théâtre et d'acteur il souhaite être un célèbre acteur, et il dit ça alors qu'il est très bouleversée ; « sans cette maladie je suis maintenant sur scène ».

5- Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Templer pour l'angoisse de la mort :

Tableau N° 09 des résultats du 6^{er} cas à l'échelle d'angoisse de la mort

Les items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	T
Le score obtenu	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	10

D'après le tableau N° 09 montre les résultats sur l'échelle d'angoisse de la mort pour mesurer sa gravité, on a trouver que Fares a obtenu un score de (10) réponse vrai sur (15) qui est considéré comme élevé, et ce qui indique la présence d'angoisse de la mort chez Fares et cela été apparut lors des entretiens clinique qu'on a fait avec Fares, et a été confirmé a l'échelle de l'angoisse de la mort au 1^{er} item « j'ai très peur de la mort » ou il a répondu par vrai acquis un point et dans le 5^{me} item « je n'ai jamais peur de la mort » ou il a répondu par faux acquis un point aussi, cela du a sa maladie insuffisance rénale comme il a dit cette maladie me fait peur.

En déduit : Fares est jeune homme subit la maladie insuffisance rénale à l'âge très jeune se caractérise par la fragilité psychique le degré élevé d'anxiété et de sensibilité, et plein d'émotion comme pleurer facilement, en plus d'une mauvaise confiance en soi et faible estime de soi, il se considère inférieurs aux autres.

Chapitre V

AXE 03 :

**Discussion des
hypothèses**

Axe 03 : Discussion des hypothèses

Dans cette partie on va présenter et discuté les résultats de l'a recherche à travers les outils de collecte de donnée, en présentant chaque hypothèse et les résultats qui s'y rapportent puis en discutant le résultat de l'hypothèse.

Avant de commencer on veut rappeler des hypothèses commençant par l'hypothèse principale qui dit « les personnes atteint d'une insuffisance rénale souffrent de l'angoisse de la mort avec un degré élevé »

Les hypothèses partielles

- 1- « Il n'y a pas de déférence dans l'angoisse de la mort chez les patients atteint d'une insuffisance rénale en raison de la variable de sexe »
- 2- « Il n'y a pas de déférence dans l'angoisse de la mort chez les patients atteint d'une insuffisance rénale en raison de la variable de l'âge »
- 3- « Il n'y a pas de déférence dans l'angoisse de la mort chez les patients atteint d'une insuffisance rénale en raison de la variable de la situation sociale ».

Présentation et discussion du résultat de l'hypothèse principale

Qui annonce « les personnes atteint d'une insuffisance rénale souffrent de l'angoisse de la mort avec un degré élevé »

Tableau N° 10 montre les résultats de l'échelle de l'angoisse de la mort de Templer :

Résultat de l'échelle les cas	Score obtenus	Niveau d'angoisse de la mort
Taklit	10	Elevé
Ghania	11	Elevé
Lila	10	Elevé
Atman	04	Légère
Karim	11	Elevé
Fares	10	Elevé

Nous remarquons dans le tableau que presque tous les cas ont un degré d'angoisse de la mort élevé sauf le cas de Atman qui a une angoisse de la mort légère, ce qui indique que notre hypothèse est confirmée. Ce qui indique que l'angoisse de la mort existait chez les patients atteints d'une insuffisance rénale.

Les résultats de ces hypothèses sont cohérents avec les résultats d'études dans ce domaine notamment l'étude de Zwawi Sulaiman sur l'angoisse et la réaction dépressive chez les personnes souffrant d'une insuffisance rénale qui a confirmé que les personnes atteintes de cette maladie sont caractérisées par l'angoisse, l'étude de Elkamila 2018 qui a révélé que les degrés de l'angoisse de la mort sont élevés chez l'échantillon de personnes atteintes d'insuffisance rénale, ainsi une étude de Aya Kwadjia sur l'anxiété de la mort chez les adultes atteints de cancer a montré dans ses résultats l'existence de l'angoisse de la mort chez les cancéreux.

Nombreuse autres études indique la présence d'angoisse de la mort dans la vie humaine à des degrés divers, allant de la simple angoisse qui apparut sous forme de peur et des pensées négatives à une anxiété sévère qui apparait sous formes de phobies et de panique. Le trouble d'angoisse de la mort est considéré comme l'un des troubles dangereux sur l'individu, car c'est une émotion qui réside dans les replis de subconscient que l'individu ne ressent pas directement mais affecte son comportement et apparait sous forme de la colère, de la peur intense, de la panique, en idées noires et insomnie aiguë.

Pour les hypothèses partielles

1- Discussion de l'hypothèse N° 1 qui dit : « Il n'y a pas de différence dans l'angoisse de la mort chez les patients atteints d'une insuffisance rénale en raison de la variable de sexe »

Effectivement notre hypothèse est confirmée par nos cas qui sont variés 03 femmes 03 hommes, on a trouvé l'existence de l'angoisse de la mort chez les deux sexes.

Ce résultat contraire à l'étude de Samia Hijazi qui soutient l'émergence de l'anxiété de mort chez les femmes plus que chez les hommes. Les femmes sont plus susceptibles de souffrir d'anxiété de mort cela est dû au fait que l'effet de la mort sur la femme peut être plus important en raison de la formation mentale émotionnelle et physique de la femme, affaiblissant sa capacité d'endurance. La maladie insuffisance rénale et le protocole de son traitement affectent l'apparence corporelle générale de la femme, sa beauté et sa vitalité. Elle génère un sentiment d'infériorité et affecte son comportement et ces émotions avec la société, ça nous l'avons vu lors des entretiens cliniques que nous avons menés avec les insuffisances rénales, nous avons remarqué l'apparence des symptômes d'angoisse, de

perturbations et de peur intense chez les femmes plus clairement que chez les hommes mais légèrement.

2- Discussion de l'hypothèse N°2 qui dit «Il n'y a pas de déférence dans l'angoisse de la mort chez les patients atteints d'une insuffisance rénale en raison de la variable de l'âge».

Cette hypothèse est aussi confirmée d'après les résultats obtenus par les outils de recherche qu'on a utilisés soit l'entretien clinique semi directif, soit l'échelle de l'angoisse de la mort de Templer ont montré que les personnes atteintes de l'insuffisance rénale souffrent d'angoisse de la mort chez toutes les catégories d'âge (Fares 22 ans, Karim 30 ans, Ghania 31 ans, Taklit 48 ans et Lila 50 ans). Bien qu'il y ait une déférence remarquable d'âge entre les cas, mais tous souffrent d'angoisse de la mort, ça a été confirmé par l'étude de Aya Kwadjlia.

3-discussion de l'hypothèse N° 3 qui dit : « Il n'y a pas de déférence dans l'angoisse de la mort chez les patients atteints d'une insuffisance rénale en raison de la variable de la situation sociale ».

Cette hypothèse cherche à savoir s'il existe une différence dans l'incidence de l'angoisse de mort selon le statut social, et après avoir mené l'étude de terrain et sélectionné l'échantillon de recherche à partir de différents niveaux sociaux, nous avons constaté que l'angoisse de la mort ne diffère pas d'une personne à une autre selon la situation sociale.

Par exemple, la situation sociale de Taklit est moyenne, la situation sociale de Lila est détériorée, la situation sociale de Karim est améliorée. Nous constatons qu'ils souffrent tous d'anxiété de mort avec un degré élevé, ce qui confirme la validité de notre hypothèse, selon laquelle il n'y a pas de différence dans l'incidence de l'angoisse de mort chez les insuffisants

rénaux selon la variable de la situation sociale, ce que confirme l'étude de Rim Ahmed Abdelkrim.

En synthèse, les résultats de cette étude obtenus à travers les outils de recherche nous ont aidé à comprendre les personnes atteintes d'insuffisance rénale et de savoir qu'elles souffrent d'anxiété de la mort, qu'il n'y a pas de différence dans l'anxiété de la mort chez les patients atteints d'une insuffisance rénale en raison de la variable de sexe, d'âge ou de la situation sociale. Ainsi que des études dans ce domaine ont éclairci la souffrance des personnes atteintes de maladies chroniques somatiques et de troubles psychiques, notamment de l'anxiété de la mort.

Conclusion

Dans le corps, L'angoisse peut se traduire d'une multitude de manières. Des symptômes physiques et/ou psycho-comportementaux sont alors visibles, différents lorsqu'il s'agit d'une angoisse diffuse, latente, ou d'une bouffée d'angoisse massive. Ils sont également différents d'une personne à une autre, d'une situation à une autre. A. PELISSOLO et G. LOAS décrivent les différents symptômes retrouvés, Ils parlent de « signes physiques très polymorphes pouvant fréquemment prendre en compte la respiration, le rythme cardiaque, des vertiges, des tremblements, des gênes thoraciques ou abdominales, des nausées, des paresthésies. Ces signes peuvent augmenter l'angoisse du patient lorsque celui-ci les ressent, créant un cercle vicieux de majoration de l'angoisse. Le patient peut présenter en conséquence de ces sensations divers comportements tels qu'une agitation, une fuite, ou une inhibition plus ou moins marquée. Une fatigue ou une grande émotivité peuvent persister après que le patient soit redevenu calme.

Cette pulsion est transformée, censurée, en angoisse de la propre mort du sujet, qui est acceptable par le Surmoi. En outre, l'angoisse de mort peut amener le sujet à présenter certaines phobies, comme les phobies de l'avion ou de l'ascenseur par exemple, qui ne sont que des dérivés de l'angoisse de mort du sujet. Ce dernier peut par conséquent se soumettre à des conduites d'évitement, car il est plus facile de s'éloigner d'un ascenseur ou d'un avion que de la mort en elle-même. Nous pouvons ainsi voir que l'angoisse de mort régit tout un pan du psychisme du sujet et possède de nombreuses répercussions sur sa vie et sa façon de penser, surtout quand il s'agit des patients atteint de maladie chronique, il s'agit ici de la maladie d'insuffisance rénale qui est incapacité des reins des reins à compléter leurs rôle dans la filtration de sang et ouvre la porte ainsi à des peurs des

angoisse de perdre la vie et la mort inévitable. Ainsi apparaisse ici les souffrances psychologique et physique vécu par les patient insuffisance rénale.

Cette recherche a permis d'apporter un meilleur éclairage de la dynamique des processus psychique en relation avec la somatique, a travers ses résultats, il a été constaté que les patients atteints d'insuffisance rénale souffrent d'anxiété de mort à des degrés élevés.

Le trouble d'angoisse de la mort reste un trouble difficile plus complexe provoque une crise psychologique, dégrade le moral et tue l'esprit d'initiative chez les personnes, surtout ceux atteints de la maladie chronique comme l'insuffisance rénale.

Sur le plan médical le dépistage et la prise en charge de l'IRC connaissent une véritable progression depuis plusieurs années. Cette évolution considérable s'appuie notamment sur la reconnaissance politique de l'IRC, les études épidémiologiques menées sur l'incidence et la prévalence de l'IRC ainsi les recommandations publiées par les hautes instances de santé, Par conséquent, il est nécessaire d'attacher à côté d'un traitement médical (la dialyse) une prise en charge psychologique en raison de son importance et son impact sur le rétablissement de la confiance et raviver la vitalité dans le psychisme de malade pour qu'il puisse vivre avec sa maladie chronique et diminuer les sentiments d'angoisse, envoi l'esprit d'espoir. C'est bien que l'angoisse qui s'impose là, L'angoisse fait pousser la porte du cabinet du clinicien

Suggestion et recommandation

A la lumière des résultats de la présente recherche, l'ensemble de recommandation suivant peut être formulé.

- Construire et mettre en œuvres des programmes de conseil au sein des hôpitaux pour réduire le degré d'angoisse de mort chez les personnes atteintes des maladies chroniques comme insuffisance rénale.
- Travailler à remonter le moral des personnes atteintes d'IRC et souffrent d'angoisse de la mort pour rendre leurs pensées positives en leur fixant un objectif de vie pour lequel ils ont de l'espoir dans la vie, en particulier ceux de jeune âge.
- Encourager la recherche scientifique dans le domaine des dimensions psychologiques des maladies chroniques, notamment l'insuffisance rénale.
- Organiser des formations pour médecins et infirmiers sur l'état psychologique générale des patients insuffisance rénale, tout en renforçant le service de dialyse avec des psychologues et en fournissant les moyens et les outils nécessaires, car ce que nous avons remarqué lors de notre stage pratique à l'hôpital AKLOUL d'AKBOU, il n'y a pas de bureau spécialement équipé pour le psychologue lui permet d'exercer sa profession.
- Mener des études comparatives entre les personnes atteintes d'une insuffisance rénale et autres maladies chroniques comme le cancer, l'hémophilie, l'asthme sur le degré de l'angoisse de la mort chez eux...
- Mener des études comparatives entre les personnes atteintes de différentes maladies chroniques et les personnes saines sur l'existence et le degré de l'angoisse de la mort chez eux.

Liste bibliographie

- 1- Agence biomédecine. (2011), **insuffisance rénale**. France. 24 page
Agence de la biomédecine (2015). La greffe rénale
- 2- Boubchir. A, (1996) **Monographie sur l'insuffisance rénale chronique** Alger.
- 3- Boubchir. A, (2004) **Monographie sur l'insuffisance rénale chronique** Alger.
- 4- Chahraoui. K, et Bénony .H, (1999). **Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique**, Paris, Ed Dunod.
- 5- Chahraoui .K, et Bénony. H, (2003). **Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique**, Paris, Ed Dunod.
- 6- Cockcroft DW, Gault MH, (1976) **Néphron**.
- 7- C. Paul_laurent Assqun, (2006). **Leçon de psychanalyse sur l'angoisse**, 3eme édition.
- 8- Deloune .A, (2004). **Pratiquer la psychothérapie**. Paris, édition Dunod.
- 9- Depeyre. J, (2010). **Qu'implique le diagnostic d'une insuffisance rénale**. Genève.
- 10- DIARRA. A, (2002). **cours de physiologie du rein et de l'uretère**. **ENCYCL.MED.CHIR** . paris, France.
- 11- Droulez et Al .N 3192,6. **Prise en charge des patients insuffisants rénaux, éducative complémentaire au suivie médical**.
- 12- Elanie. N, (1999). **Anatomie et physiologie humaines :renouveau pédagogique**.
- 13- Épreuve national classant (ENC). **Insuffisante rénale chronique**. Consulté le 15/02/2013.
- 14- Freud, (1915). **pulsion et destin des pulsions métapsychologie**.
- 15- Freud .S, (1926). **inhibition, symptômes et angoisse**. Paris, PUF.

- 16- Graba A, (2010). «La greffe d'organes, de tissus et cellules : Etats des lieux et perspectives». Journée parlementaire sur la santé, Conseil de la Nation, Palais Zirout Yousef-Alger).
- 17- Gaudin. M. (2006) **Live Blanc de la dialyse à domicile**. France, Boxter.
- 18- (George CR.(2002).Development of the idea of chronic renal failure. Am J Nephrol.
- 19- **KENOUC. S ; MERY, 1988 Les atteintes de l'intertitium rénal au cours des maladies systémiques ; II. Néphrologie**
- 20- Lamoureux. P, (2007)**La dépression a savoir plus pour en sortir**.Paris, France
- 21- Lambert P.P. (1994) **L'albuminurie : tube ou glomérule ? Néphrologie d'Hier et d'Aujourd'hui Tom**
- 22- Lefebvre. G, (2005)**Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux dialysés et transplantés.**
- 23- Neil. A et Rector. PH, (2010).**La thérapie cognitive comportementale** Canada, édition camh
- 24- Olmer M. (2007) **.vivre avec une maladie des reins LIEN** .Marseille .
- 25- Pedinielli. J, (1995).**Introduction a la Psychologie Clinique. Nathan.**
- 26- Quindoz .j. M, (2002). **La solitude apprivoisée** . 2eme édition, édition PUF.
- 27- Rader marcher. L, (2004).**Guide pratique de l'hémodialyse.**
- 28- Rader marcher. L, (2002).**Apprivoiser l'insuffisance rénale**.Canada
- 29- RENAULT M. (2002).**Soins palliatifs : questions pour la psychanalyse**.Paris : L'Harmattan
- 30- Templer. D.I., (1970). The construction and validity of death anxiety scale, Journal of General Psychology.
- 31- Journal de DELF. (2006).

Ouvrage en arabe

01- أحمد محمد عبد الخالق (1976) أصول الصحة النفسية، المكتبة المصرية الحديثة الإسكندرية

Dictionnaires

1. Dictionnaire médicale (2004) Larousse médicale encyclopédie multimédia
2. (Dictionnaire médicale, (2009). *Larousse médicale encyclopédie multimédia*
- 3- Grand dictionnaire de la psychologie (1992).
- 4- Henrique (2003) vocabulaire de la psychologie. France, édition PUF
- 5- N. Sillamy. (2003). Dictionnaire en psychologie.

Site internet :

- 1- <http://www.passeport.sante.net>).
- 2- [www.chuv.ch/néphrologie](http://www.chuv.ch/nephrologie)
- 3- http://www.geopsy_voccabulairedelapsychoanalyse.mht
- 4- Mr Dominique Giffard, le site "Psychiatrie infirmière"
["http://psychiatriinfirmiere.free.fr/](http://psychiatriinfirmiere.free.fr/)
- 5- Idier. L, (2012). **Éducation thérapeutique chez les patients en dialyse** (thèse pour le doctorat de l'université de Bordeaux Segalen préparé à :
[HTTPS://www.theses.fr/](https://www.theses.fr/)

ANNEXES

le guide d'entretien :

1- Information personnelle:

- _ Quel est votre nom?
- _ Quelles est votre âge?
- _ Niveau d'instruction?
- _ Situation familiale ?
- _ Situation professionnelle?
- _ Si vous travaillez, dans quel domaine?

02- Information sur l'état de santé:

- _ Quelle est votre état de santé actuelle?
- _ Quelle est votre traitement actuelle?
- _ Combien de séance par semaine ?
- _ Comment on vous a déclaré votre maladie ?
- _ Quel est votre réaction en lançon votre maladie ?
- _ Que pensez vous vis-à-vis votre maladie ?
- _ Comment tu es atteint de la maladie
- _ Depuis quand vous été malade ?
- _ Il ya quelqu'un de votre famille ou de vous proche atteint de cette maladie ?
- _ Avez-vous déjà perdu quelqu'un de très proche?
- _ Avez-vous déjà vu quelqu'un décède devant toi?

_ Si oui comment vous allez réagi ?

_ Que sentez-vous en ce moment ?

_ Avez-vous d'autres maladie ?

03- informations sur le vécu famille et sociale

_ Quelle est la réaction de votre famille vis-à-vis votre maladie ?

_ Comment vivez-vous votre maladie au sein de la famille ?

_ sentez-vous le soutien de votre famille à guérir votre maladie ?

_ Comment sont elles vos relations a l'entourage ?

_ Que pensez-vous de votre avenir ?

04- informations sur la vie psychique

_ Est-ce que tu te sens énervé tout le temps ?

_ Si oui que vous fait énerver ?

_ est ce que vous allez peur que quelque chose d'horrible vas venir ?

_ Si oui, le quel ?

_ Vous avez des sensations soudaines de panique ?

_ Vous prenez de plaisir aux mêmes choses comme avant ?

_ est ce que tu te sens décontracté ?

_ a la nuit a quelle heure vous dormir ?

_ vous réveiller combien de fois dans la nuit?

_ Si vous n'avez de sommeille vous faite quoi?

Et vous pensez à quoi ?

_ avez-vous été tellement agité qu'il vous a été difficile de rester assis ?

_ êtes vous senti trop préoccupé à propos de votre maladie ?

_ est ce que vous avez confiance en vous ?

_ avez vous senti ne pas être capable d'arrêter ou contrôler
votre états de santé ?

_ est ce que vous été satisfait ou vous avez confiance de votre traitement ?

_ est ce que vous prendre le plaisir à la chose ?

_ est ce que vous ris facilement ?

_ est ce que vous allez peur de quelque chose ?

- est ce que vous avez des planifications, à l'avenir ?

_ parlez nous de vos projets, de vos souhaits ?

مقياس قلق الموت "دونالد تمبلر"

الجنس:.....السن:.....

التعليمة:

-إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير، ضع دائرة حول (ص)

-إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ)

خ	ص	1. أخاف كثيرا من الموت
خ	ص	2. نادرا ا تخطر لي فكرة الموت
خ	ص	3. لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت
خ	ص	4. أخاف أن تجرى عملية جراحية.
خ	ص	5. لا أخاف إطلاقا من الموت
خ	ص	6. لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص
خ	ص	7. لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت
خ	ص	8. أتضايق كثيرا من مرور الوقت
خ	ص	9. أخشى أن أموت موتا مؤلما
خ	ص	10. إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيرا
خ	ص	11. أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية
خ	ص	12. كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا.
خ	ص	13. أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة
خ	ص	14. يزعجني منظر جسد ميت.
خ	ص	15. أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني

Échelle d'anxiété de mort "Donald Templar"

Sex : Age :

Instruction:

Si l'énoncé est vrai ou s'applique à vous, encerclez (V)

- Si l'énoncé est faux, d'abord il s'applique beaucoup à vous, encerclez (F)

1.	J'ai très peur de la mort	V	F
2.	J'ai rarement l'idée de la mort	V	F
3.	Les autres ne me dérangent pas quand ils parlent de la mort	V	F
4.	J'ai peur d'être opéré.	V	F
5.	Je n'ai pas du tout peur de la mort	V	F
6.	Je n'ai pas particulièrement peur de me faire tirer dessus	V	F
7.	Cela ne me dérange jamais de penser à la mort	V	F
8.	Je suis tellement ennuyé par le temps qui passe	V	F
9.	J'ai peur de mourir d'une mort douloureuse	V	F
10.	Le sujet de la vie après la mort me préoccupe beaucoup	V	F
11.	J'ai vraiment peur d'avoir une crise cardiaque	V	F
12.	Je pense souvent à quel point cette vie est courte	V	F
13.	J'ai des frissons quand j'entends des gens parler de la Troisième Guerre mondiale	V	F
14.	La vue d'un cadavre me dérange.	V	F
15.	Je vois que l'avenir me réserve quelque chose qui me fait peur	V	F

Résumé

L'objet de cette étude est d'identifier l'angoisse de la mort chez les patients ayant une insuffisance rénale aiguë ou chronique, leurs vécu psychologique journalier et les vécus sentiments envers eux-mêmes et envers l'entourage familial. Pour faire on a procédé à l'étude de cas et passation de test de l'angoisse de la mort inventé par Donald Templer.

On a étudié l'existence de l'angoisse de la mort chez les personnes atteintes de l'insuffisance rénale comme question principale de l'étude. Les résultats de l'étude après utilisations des entretiens clinique avec les patients échantillon d'études et passations de l'échelle de l'angoisse de la mort de Templer on a trouvé que Les personnes atteintes d'une insuffisance rénale souffrent de l'angoisse de la mort.

L'étude faites à l'hôpital AKLOUL Ali à Akbou.