

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

**Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention du diplôme de Master
en psychologie Clinique**

THEME

**Le stress chez les hémodialysés
-étude clinique de neuf cas-
(50-60ans)**

Réalisé par :

- RADJI Tassadit

- ROUACHE Fahima

Encadré par :

M^{me} AMROUCHE Nassima

2016/2017

REMERCIEMENT

Le plus grand merci à Allah de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin de terminer ce travail.

Au terme de ce modeste travail, nous remercions vivement notre promotrice, **Mme AMROUCHE Nassima**, qui nous a conseillé et guidé pendant la période d'élaboration de ce mémoire.

Nous assurons également notre gratitude et notre entière reconnaissance à l'ensemble des enseignants de la faculté des Sciences Humaines et Sociales de l'université de Abderrahmane MIRA de Bejaia.

Nous souhaitons aussi remercier tous le personnel du centre d'hémodialyse à l'hôpital de Kherrata. Nous ne pouvons pas oublier le soutien et l'orientation de **M^r OUAZENE Mohammed** ainsi que les malades qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Enfin, nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

DEDICACE

Je dédie ce modeste travail à

- Mes très chers parents qui ont toujours su m'encourager et soutenir tout au long de mes études.
- Mes sœurs : Meriem, Lynda, et Loubna.
- Mon frère : Mourad.
- ma sœur Sabrina et son mari Abd Elkarim.
- mon chère neveu Marwane .
- Toute ma famille.
- Mes meilleures amies : Meriem, Yassmina, Katia, Warda, Djamilia, Fatima.

TASSADIT

DEDICACE

Je dédie ce modeste travail à :

A ma chère mère et chère grand mère que dieu vous garde pour moi.

A mes chers frères « Mounir, fahem, soufiane, ramzi »

A mes sœurs « Leila, madiha »

A toute ma famille et tous mes amis.

A tous mes cousins(es), tous mes oncles

A tout qui j'aime et m'aime, son oublier mon chère ami zizou.

A tout mes amie « lydia, salwa, samira , siham, ».

FAHIMA

Liste d'abréviations :

Abréviation	Signification
DCPA	Dialyse Péritonéal chronique ambulatoire
DFG	Débit Rénale Chronique
DPA	Dialyse Péritonéale Automatisée
DP	Dialyse péritonéale
FG	Filtration Glomérulaire
HD	Hémodialyse
HTA	Hyper Tension Artériel
IRA	Insuffisance Rénale Aigue
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
UDM	Unité de Dialyse Médicale
MRC	Maladie Rénale Chronique
OMS	Organisation Mondiale de la santé

- La liste des tableaux :

Numéro de tableau	indication	page
Tableau 1	Présentation de la population d'étude	70
Tableau 2	Les cas qui ont un score supérieur a 32	111
Tableau 3	Les résultats de l'échelle de stress perçu de cohen et williamson	113

- Liste des figures :

Figure	Indication	Page
Figure 1	Anatomie du rein	45
Figure 2	Principe de dialyse péritonéal	57
Figure 3	Principe d'hémodialyse	58

Sommaire

Introduction	V
---------------------------	----------

Le cadre générale de la problématique

Problématique et hypothèse.....	07
Définition des concepts et leurs opérationnalisations.....	11
Objectif de choix de Thème.....	13

Partie théorique

Chapitre I : Le stress

Préambule

I-Historique et découverte de stress.....	15
II-Définition du stress.....	17
III-Les types de stress.....	19
IV-Les manifestations pathologiques du stress.....	21
V-Situation stressante.....	27
VI-Base psychologique du stress.....	31
VII-Traitement du stress.....	39

Synthèse

Chapitre II : INSUFFISANCE RENALE

Préambule

I. Le rein.....	43
II. Insuffisance rénale.....	46
III. Les types de l'insuffisance rénale.....	47
III.1. L'insuffisance rénale Aigue.....	47
III.2. L'insuffisance rénale chronique.....	50

Synthèse

Partie pratique

Chapitre III : La méthodologie de la recherche

Préambule

La méthode de la recherche.....	61
I. La pré-enquête.....	61
II. méthode utilisée.....	62
III. Présentation de lieu de recherche.....	63
IV. Présentation de la population d'étude.....	64
V. Les techniques de la recherche.....	65
V.1. L'entretien clinique.....	65
V.2.Le guide d'entretien.....	67
V.3. L'échelle de Cohen et Williamson.....	67
VI. Le déroulement de la prés- enquête.....	68

Synthèse

Chapitre IV : présentation, analyse et discussion des résultats

I. Présentation et analyse des cas.....	74
II. Analyse générale de l'entretien et l'échelle de l'ensemble des sujets.....	109
III.Discussion des hypothèses.....	112
Conclusion	116

LA liste bibliographique

Les annexes

L'être humain tout au long de sa vie fait à de multiples problèmes, il est appelé à confronté différentes excitations internes et externes, ils les gèrent avec des manières différentes d'un être à un autre, certains d'eux traitent ces excitations par le recours à la somatisation.

Parmi les perturbations qui marquent l'homme durant son existence, les maladies telles que l'insuffisance rénale chronique.

« L'insuffisance rénale chronique est une pathologie qui a beaucoup de conséquence néfastes sur l'organisme, de ce fait, il nécessite un suivi médical rigoureux, il est indispensable de supplier la fonction rénale par le dialyse ou par la greffe rénale ». (OLMER, M, 2007, P15).

Cette pathologie caractérisée par la perte des fonctions vitales des reins. A un stade avancé, l'orque les reins ne fonctionnent plus, un traitement de substitution s'impose (la greffe ou la dialyse), et plus particulièrement l'hémodialyse.

L'intrusion de cette maladie et de ce traitement dans la vie du patient peut induire un bouleversement émotionnel, familial et psychologique, parmi ces dernières en trouve le stress.

« Le stress designer l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'un agent ou de condition qui mettent en danger ses mécanismes homéostatique ». (CARNEGIE.D, 1993, P14).

Le stress nous permet à s'adapter aux situations et aux stimulations qui nous vivons au quotidien.

Notre étude porte sur le thème « Le stress chez les hémodialysés », dans notre recherche, nous allons adopter comme cadre de référence la théorie

cognitivo-comportementale, puisqu'il nous paraît le plus adéquate pour ce genre de problème.

Notre recherche a eu lieu à Kherrata, où nous sommes présentés sur terrain pour vérifier nos hypothèses, en se basant sur neuf cas d'insuffisance rénale qui sont sous dialyse, en se servant dans notre investigation psychologique au près de ces derniers d'un entretien clinique semi directif et puis l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson qui permet d'évaluer le degré de stress chez eux.

De ce fait notre travail de recherche est composé d'une introduction et une problématique ainsi que la définition des concepts clés de notre thème et les objectifs de notre recherche. Puis deux parties théoriques et pratiques ;

La partie théorique est subdivisée en deux chapitres :

- **Chapitre I** : Ce chapitre est consacré pour le stress.
- **Chapitre II** : Ce chapitre consacré pour l'insuffisance rénale.

La partie pratique aussi est subdivisée en deux chapitres :

- **Chapitre III** : Ce chapitre est consacré pour la méthodologie de la recherche.
- **Chapitre VI** : Ce chapitre est consacré pour la présentation, analyse et discussion des résultats.

A la fin on terminera notre travail de recherche avec une conclusion, la liste bibliographique et les annexes.

La problématique

De nombreux facteurs influencent la santé d'une personne : l'âge, le sexe, le patrimoine génétique, le niveau d'éducation, le niveau de vie, le style de vie, le travail, le stress, l'alimentation... (Jane Ogden, 2008 p 102).

Un facteur qui influence la santé humaine de manière considérable est l'environnement.

L'environnement est tout ce qui nous entoure. Il agit de manière directe sur l'organisme humain. La qualité de l'air que nous respirons, de l'eau que nous buvons et des aliments que nous mangeons, ainsi que les objets que nous utilisons, le bruit que nous subissons sont autant de facteurs qui influencent notre santé de manière positive ou négative. Ils agissent sur le corps humain à travers les voies respiratoires, le système digestif, la peau et les organes des sens. (Brigitte Dumas, Camille Raymond, Jean Guy Vaillacout ,1999, P 55).

La maladie désigne un ensemble d'altérations qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme. Le malade est l'individu qui souffre d'une maladie, c'est-à-dire de symptômes évolutifs nécessitant un traitement thérapeutique. Il ne faut pas confondre la maladie avec le handicap, le syndrome ou encore la blessure. De nombreux facteurs peuvent engendrer des maladies chez l'homme. Ces causes peuvent être intrinsèquement ou extrinsèquement liées à l'organisme. L'étiologie est la science qui étudie les facteurs qui entraînent des maladies. (Francois Vicent Raspail, 1846, P 347).

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Sur les 36 millions de personnes décédées de maladies

chroniques en 2008, 29% avaient moins de 60 ans et la moitié étaient des femmes. (Selon l'OMS, 1999 p 64).

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par la diminution progressive et irréversible du débit de filtration glomérulaire (DFG) qui est le meilleur indicateur du fonctionnement rénal. Elle résulte en règle de l'évolution d'une maladie rénale chronique (MRC). Conformément à un consensus international, les MRC sont définies par l'existence : d'une anomalie rénale fonctionnelle ou structurelle évoluant depuis plus de 3 mois (il peut s'agir d'une anomalie morphologique à condition qu'elle soit « cliniquement significative », d'une anomalie histologique ou encore d'une anomalie dans la composition du sang ou de l'urine secondaire à une atteinte rénale) ; et/ou d'un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60 ml/min/1,73 m² depuis plus de 3 mois (John LibbeyEurotext, 2004, P 98).

Le risque de développer une insuffisance rénale chronique est élevé chez certains individus, ce qui justifie un dépistage annuel : hypertendus ; diabétiques ; âgés de plus de 60 ans ; obèses (IMC > 30 kg/m²) ; ayant des infections urinaires récidivantes, des lithiases urinaires récidivantes ou un obstacle sur les voies excrétrices ; ayant une diminution (congénitale ou acquise) de leur capital néphrotique ; exposés à des substances néphrologiques (médicaments ou toxiques) ; ayant des antécédents familiaux de maladie rénale ; ayant une maladie auto-immune ; ayant des infections systémiques..

L'hémodialyse est une méthode d'épuration du sang par la création d'un circuit de circulation extracorporelle et son passage dans un dialyseur. Le fait de vivre avec une maladie chronique et être dépendant de la machine déstabilise l'état psychique du patient atteint d'insuffisance rénale chronique, et ce dernier fait face à plusieurs troubles psychologiques et mentaux telle que l'angoisse, l'anxiété, la dépression, et le stress (Traeger Galland Men, 2010, p 46).

Lorsqu'un individu est soumis à une agression ou une menace quelle qu'elle soit, il y répond immédiatement par une réaction que l'on nomme « stress ». Le stress focalise l'attention sur la situation problématique (vigilance) ; il mobilise l'énergie nécessaire à l'évaluation de la situation et à la prise de décision (augmentation des facultés de perception et rapidité de leur intégration) et il prépare à l'action adaptée à la situation.

Le stress est une réaction normale de l'organisme. Il permet de faire face à certains événements imprévus ou de s'adapter à des changements importants. Pourtant, il peut parfois être lié à des maladies dites "de l'adaptation". Elles apparaissent lorsque notre organisme n'arrive plus à faire face à des tensions permanentes et répétitives. Le stress ne crée à lui seul aucune pathologie. Il va plutôt être à l'origine de l'évolution de certaines affections préexistantes telles qu'asthme, migraine, diabète, l'insuffisance rénale....

Le stress est en fait une réponse de l'organisme à une agression, caractérisée par un ensemble de symptômes et de comportements : anxiété, tension nerveuse, fatigue, agressivité, hypertension artérielle, tendance à la somatisation, (David Fontana, 1990 p 8).

Les manifestations biologiques du stress et les réactions à cet état diffèrent en fonction de chaque individu. De façon générale, elles évoluent en trois phases successives. Une phase d'alarme ou phase initiale, avec mise en jeu des mécanismes de défense de l'organisme par l'intermédiaire d'une sécrétion accrue d'hormone corticosurrénale, elle s'accompagne d'un état de choc avec chute de la tension artérielle, abaissement de la température centrale, accélération du rythme cardiaque et respiratoire, élévation de la glycémie, augmentation de la sudation, dilatation des pupilles et ralentissement de la digestion. Une autre phase est de résistance, pendant laquelle les mécanismes mis en jeu lors de la phase d'alarme se compensent ou même s'inversent, avec élévation de la tension artérielle et de la température. Si l'agression ne s'arrête pas, le corps demeure en

alerte et ne peut plus compenser les dommages provoqués par cette alerte. et une dernière qui est la phase d'épuisement ou les facteurs du stress persistent, les mécanismes d'adaptation sont dépassés et cèdent. Une agression prolongée affaiblit notamment les réserves énergétiques de l'organisme, du fait de la dépense occasionnée par la réponse à l'agression. (Gerard de chaiseigne, 2008 p80).

A la fin nous proposons d'étudier le stress chez les sujets atteints d'une insuffisance rénale dont on propose la question suivante :

Existe-il un stress chez les sujets atteints d'une insuffisance rénale ?

A partir des données théoriques et de l'étude antérieure on propose les hypothèses suivantes :

- Les personnes hémodialysés souffrent d'un stress
- Le degré du stress des personnes hémodialysées dépend de chaque individu

Définition et opérationnalisation des concepts :

1. Le stress

1.1. Définition :

Le stress est le résultat d'une transaction entre l'individu et son environnement, dans laquelle la situation est évaluée cognitivement par l'individu comme débordant ses ressources, menaçant son bien-être et nécessitant des efforts pour résoudre le problème. (DELAUNOIS.M ,2001P10,)

1.2. Opérationnalisation :

- Fatigue
- Sentiment d'insécurité
- Nervosité
- Difficultés de concentration
- Agressivité
- Isolement
- Augmentation de rythme cardiaque
- Irritabilité
- Augmentation de la tension musculaire.

2. Insuffisance rénale :

2.1. Définition :

L'insuffisance rénale chronique est aussi appelé urémie, mal de bright ou néphrite chronique, est l'atteinte progressive importante et définitive de la fonction rénale. Dans ce cas, le traitement ne peut être que par l'hémodialyse, ou par la greffe rénale.(CAUSERETTE.C,2006,P58).

2.2. Opérationnalisation :

- Diminution de la taille des reins
- Des maux de tête
- Insomnie

- Sécheresse de la peau
- Diminution de la libido
- Fatigue
- Sensation de froid
- Anémie
- Augmentation d'hypertension artérielle
- Gout métallique dans la bouche

Objectifs de choix de thème

-Notre bute principale est de mettre au curant le lecteur de la souffrance psychologique des personne atteinte d'insuffisance rénale chronique.

-Mettre en lumière les sentiments et les difficultés psychiques vécues par les personnes atteintes d'une insuffisance rénale.

-Evaluer le niveau de tension interne, pour aboutir ainsi a une approximation de l'intensité de stress qui caractérise les personnes atteinte d'une insuffisance rénale.

-Acquérir des informations sur le stress d'une manière générale et sur l'insuffisance rénale d'une manière particulière, et donner une chance à ces personnes pour exprimer leur souffrance interne, pour mieux vivre leurs situations.

Partie Théorique

Chapitre I

« Le stress »

Préambule

Le stress est un phénomène multifactoriel et complexe à définir. Il agit sur l'être humain à n'importe quel moment ou il participe ou changements brutaux dans la vie privée, professionnelle et sociales.

L'être humain a connu des véritable soucis à l'égard de cette maladie soit sur son état psychique (fatigue, insomnies, désinvestissement...etc.) ou sur le côté physique (hypertension, ulcère d'estomac...etc.) c'est pour cette raison pas mal de recherches psychologiques et médicales qui ont été faite pour bien gérer ce phénomène.

I-Historique et découverte du stress :

Le mot stress vient du latin "stringer" qui signifie tendre raide, et en Angleterre état de détresse, en rapport avec l'oppression, ou la dureté de la vie, les privations, la fatigue et, d'une façon plus générale, l'adversité.

En 1872, dans le contexte de sa théorie de l'évolution, "DARWIN" considère que la peur, caractéristique constante chez l'homme et chez l'animal, a pour rôle de mobiliser l'organisme pour faire face au changer, on retrouve dans cette description une bonne partie des manifestations physiologiques des émotions (c'est-à-dire des signes de la série adrénurgique).

"MONDLER" (1975) rappelle trois principes de base de la pensée de DARWIN quant à la liaison psyché /soma dans l'émotion :

- Le principe « d'habitudeassocie » traduit l'idée que certaines expressions du corps peuvent être en rapport avec un comportement utile en fonction d'un certain état de l'esprit, mais elles peuvent toute aussi bien n'avoir aucun intérêt et être la fonction de l'état de l'esprit.

- Les mêmes activités du corps peuvent être suscitées par des états d'esprit opposés et être le fait dans certaines conditions, complètement contre – indiquées.
- Le troisième principe fait appel à une « force nerveuse en excès » qui, indépendamment d'autres facteurs, pourrait être la cause d'une attitude physique.

Pour "WILLIAM JAMES" « les changements au niveau du corps suivent directement la perception du fait excitant et c'est le sentiment de ces changements, lorsqu'il apparaît, qui constitue émotion ».

Cette transmission se ferait grâce à un « mécanisme réflexe pré-organisé ».

"LANGE", en 1887 a considéré que la part émotionnelle de notre vie mentale est fonction de l'activité du « système vasomoteur », les données psychologiques ressenties subjectivement ne sont que des effets secondaires dont l'origine réside dans « l'innervation vasculaire ».

"CANON" en 1935 a montré dans une recherche expérimentale que la séparation totale de viscères du SNC n'altère en rien le comportement émotionnel, et aussi la sympathectomie totale, d'un chat, bien que peut continuer à vivre, est apathique, a perdu son agressivité et se défait très mal contre différentes agressions. Il est en quelque sorte, inadapté à l'environnement.

L'activité du système sympathique « et en fait de la médullosurrénale » correspond donc à une réponse aux stimuli de l'environnement tant physique que psychique et est associée à des modifications comportementales et à des sentiments subjectifs.

D'après ses travaux, "CANON" a considéré que le lieu actif du mécanisme de l'émotion est le thalamus.

l'organisme en état de se défendre (libération d'adrénaline, de sucre sanguin, fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes, accélération du rythme cardiaque, tension musculaire,.....etc.). Sur le plan psychologique et comportemental, elle élève le niveau de vigilance, focalise l'attention, mobilise l'énergie nécessaire à l'évaluation de la situation et à la prise de décision (augmentation des facultés de perception et rapidité de leur intégration) et il prépare à l'action adaptée à la situation.

Selon le dictionnaire de psychologie, le stress est un mot anglais utilisé depuis 1936, à la suite de Selye, pour désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agent ou de condition qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. (SILLAMY, 1999, P75).

Pour SEYLE, le stress est fondamentalement une réponse purement physiologique, comme on le constatera, il accorde peu d'intérêt aux conditions et à l'évaluation que le sujet fait de la situation stressante, la dimension psychologique et personnelle de la réaction au stress est absente dans sa conception. De même que les réactions de stress peuvent être rencontrées non seulement dans les situations stressantes mais aussi dans les situations non stressantes (lorsque l'individu effectue un effort physique, non stressant) en fonction de la présence de certains médiateurs chimiques par exemple : les catécholamines (adrénaline et noradrénaline) ou d'hormones corticoïdes (cortisol) et de certains symptômes tels que l'augmentation de la tension sanguine, du rythme cardiaqueetc., Pourtant les significations des deux situations sont différentes. De plus, la perception de l'individu des réactions de stress n'a pas été évoquée aussi dans sa conception du stress.

Au départ, le stress désignait des situations d'agression exceptionnelles. Par la suite il s'est étendu aux événements heureux exceptionnels (un mariage, un héritage, une promotion), mais plus tard la conscience populaire a adopté ce concept en le réservant aux situations nuisibles, on peut parler du stress causé

par les conditions de travail, les contraintes et les conflits de la vie quotidienne...etc. De ce qui précède on peut donc distinguer deux types de stress : le bon stress appelé aussi « eu stress », il nous incite à accomplir des tâches, à atteindre des objectifs et à créer des projets. Quant au mauvais stress ou « détresse », c'est un stress normal qui devient chronique .Le seuil de la tolérance étant dépassé, le stress devient handicapant et destructeur pour l'individu. Ce stress-là provoque un sentiment d'échec et de découragement.

Le stress est nécessaire pour la vie si l'organisme peut retrouver son équilibre dans un laps de temps déterminé mais si ce stress est mal géré ou s'il est vécu à répétition, le mécanisme de rétroaction qui assure le retour de l'équilibre ne parvient pas à agir efficacement, engendre des problèmes physiques et psychiques. (Pierre Loo, Henri Loo et André Galinowski, 1992, P22).

A travers ces différentes définitions, nous pouvant tirer des pointes essentielles à la description du stress, ce concept définit autant la situation subie par l'organisme, que la réaction de ce dernier à cette situation :

-La situation entraînant le stress peut être due à un agent physique, chimique ou émotionnel ; elle peut être agréable ou non.

-La réaction à cette situation peut être biologique et psychologique. Cette réaction, ou syndrome d'adaptation est commune a tout facteur de sollicitation et en même temps propre à chaque individu.

III.Les types de stress :

Le stress n'est qu'un phénomène d'adaptation du corps face à une situation. Cependant, l'état de stress normal et l'état de stress pathologique n'ont pas la même conséquence sur la sante.

III.1. Le stress normal :

Lors d'une situation de stress normal, l'individu réagit par une phase d'alerte ou de la lutte :

Phase d'alerte : est dominée par une hyper-vigilance qui stimule les processus intellectuels, notamment la concentration, la mémoire, le jugement, tandis que le corps développe des réactions d'anticipation à une éventuelle action dont témoigne l'accroissement de la tension artérielle, du rythme cardiaque, de la respiration, de la tension musculaire. Cette modification psycho-comportementale concourt à l'évaluation de la situation et à une première élaboration d'une stratégie de réponse face à la situation de stress.

Phase de lutte : est caractérisée par la mise en œuvre des différents registres de réponse dans le cadre d'une stratégie élaborée et capable de flexibilité au fur et à mesure que se développent les réponses adaptées pour maîtriser la situation de stress et aboutir à une nouvelle homéostasie du sujet par rapport à lui-même et à l'environnement mais une situation de stress normal peut devenir pathologique lorsque survient un changement d'un des pôles de l'interrelation du sujet avec son milieu.

III.2. Le stress pathologique :

La réaction de stress devient pathologique lorsque la situation stressante qu'elle soit imprévue, trop intense, ou qu'elle soit au contraire connue mais répétée dépasse les possibilités d'ajustement du sujet qui se trouve débordé.

Aux deux phases d'alerte et de lutte succède alors la phase d'épuisement avec échec de l'adaptation et apparition du stress pathologique. (Paperview, 2003, p97).

III. 3. Le stress chronique :

L'état de stress chronique s'installe lorsque la situation de stress se prolonge et se répète. Notre système n'est pas fait pour maintenir un état de surexcitation continu et doit avoir des périodes de récupération. Le stress chronique maintient les mécanismes physiologiques mis en jeu pour faire face à une situation de stress ce qui épuise le système et entraîne des effets néfastes pour la santé. (Guide d'auto-soins pour la gestion du stress 2011, Lebel ; p, 12)

IV. Les manifestations pathologiques du stress :

Le stress a le pouvoir de faire le lit de n'importe quelle maladie d'après certains auteurs.

IV.1. Les maladies de l'adaptation :

Le stress mal résolu par l'organisme est à l'origine des maladies de l'adaptation, elles correspondraient à des dérèglements, notamment hormonaux, avec l'antagonisme entre les minéral-corticoïdes et les glucocorticoïdes, mais surtout l'excès de minéral-corticoïdes, SELYE cite :

-Maladie cardiaque- vasculaire (hypertension artérielle, infarctus du myocarde, artériosclérose).

-Maladie gastro-intestinale.

-Certains diabètes par excès d'ACTH.

Bien d'autres maladies de l'adaptation viendront s'ajouter. LERICHE y introduit la maladie de BURGER ou thromboangéite oblitérante, « maladie de la misère et de l'émotion ». C'est tout le problème de l'adaptation dont la société devrait prendre conscience dans ces projets de mutation ou l'homme devra adapter une biochimie nouvelle pour affronter le « choc de futur ».

Certaines maladies précoces, dès la première phase (phase d'alarme) tels qu'ulcères, mort subite (infarctus ou arrêt cardiaque par hypertonie du parasympathique ; d'autres plus tardives au cours de la troisième phase (d'épuisement) : hypertension, rhumatisme, sclérose des artères coronaires et de l'aorte, dépression.

IV.2. Les maladies psychosomatiques :

Les rapports entre le stress et les maladies psychosomatiques apparaissent d'emblée si l'on considère l'étiologie émotionnelle comme étant à l'origine de ces manifestations.

Pour SIVADON (1973), l'émotion représentant une réponse inadéquate à une situation donnée se comporte en agent stressant à l'égard du corps, donc les maladies psychosomatiques désignent des affections de pathologie générale relevant en partie ou en totalité de facteurs psychologiques conscients ou inconscients. Ces facteurs sont une conséquence biologique du stress émotionnel. L'agent de stress psychosocial est considéré comme à l'origine des troubles, la somatisation pouvant résulter d'une conversion (non obligation hystérique ou symbolique), ou d'une régression (régression du malade vers un niveau d'indifférenciation « psychosomatique » et réactivation à ce niveau des attitudes, réactions, émotions et conduits passés durant la première période de la vie). La personnalité de ces malades caractérisée par :

-« Pensée opératoire » sans fantasme, à contenus concrets.

-Une Alex thymie c'est-à-dire une incapacité d'exprimer verbalement ses émotions.

-Des mécanismes de défense rigides sur le refoulement, la négation et la projection.

-Les traits d'anxiété marqués.

-Une personnalité narcissique présentant une carence de l'estime de soi dans l'expression est une recherche de l'admiration d'autrui. Cette expression du stress peut en effet se concevoir dans tous les organes parmi les maladies les plus connues, l'asthme, l'ulcère peptique, le collet ulcéreux, ces maladies se retrouvent sous la rubrique des maladies de l'adaptation.(Mahmoude Boudarene, 2005, p17).

IV.3. Les manifestations psychopathologiques :

IV.3.1. Angoisse :

Dans la pratique l'anxiété correspond à une certaine thermie et l'angoisse serait de l'anxiété accompagnée de signe physique en particulier en rapport avec l'excitation du système nerveux.

L'angoisse est ressentie comme une émotion pénible, désagréable proche de la peur, c'est un sentiment d'attente et d'appréhension vague d'un danger imminent mais imprécis, elle est vécue comme un sentiment d'insécurité. Les manifestations somatiques de l'angoisse sont très variables et touche différents systèmes :

- Trouble de sommeil, l'attention est exagérée.
- Le sujet est cependant distrait, a du mal à se concentrer.
- Présence d'irritabilité et modification respiratoires (ampleur exagérée ou polypnée, le pouls accéléré).
- Douleurs laryngées et thoraciques, perturbations digestives à type de ballonnement, de lourdeurs épigastriques.
- Sécheresse de la bouche, nausées, éructations et spasme glottiques.
- Anorexie ou boulimie, des céphalées fronton-occipitale et tressautement musculaire, des battements de paupières, crispation du visage.

IV.3.2. La dépression :

Les agents de stress peuvent intervenir comme facteur déclenchant ou d'évaluation d'une dépression.

-Modification dysphorique de l'humeur peut ressembler à la tristesse banale, une tendance à pleurer, il s'agit d'une « douleur morale, le sujet est découragé n'a plus de goût à rien jusqu'à un désir de la mort.

-L'inhibition manifestant au niveau verbal et moteur (voix basse, monocorde, démarche lente et hésitante).L'asthénie domine.

-Trouble somatique : insomnie matinale, dégoûts, symptôme varie de l'angoisse.

-L'état thymique dépressif est accentué par une anxiété, idées récurrentes de mort, la conduite suicidaire apparaît.(Mahmoud Boudarene, 2005, p18).

IV.3.3. Névroses et psychoses :

Les névroses et les psychoses sont en rapport avec le stress sont certainement beaucoup plus lointains retrouvées cliniquement. On admet en général que les situations stressantes chroniques, comme avoir un statut socio-économique bas, souvent accompagné de désordres familiaux, sont liées à la schizophrénie.

Plusieurs symptômes des maladies psychotique et névrotique sont remarqués chez les sujets souffrant de stress permanent :

-Troubles des conduites.

-Personnalité antisociale.

-Des comportements caractérisés par des actions criminelles.

-Incapacité à respecter les normes sociales et une insouciance dans les conduites.

La névrose qui survient après le stress post-traumatique caractérisée par une symptomatologie spécifique :

-La réaction de sursaut : il s'agit d'une activité désordonnée d'une partie de corps, crise de l'arme, accès de tremblement survenant sans cause ou à la suite d'une stimulation visuelle ou auditive rappelant ou non la situation de choc.

-Les phénomènes de répétition qui s'expriment à l'état de veille (ruminations conscientes, conduites agressives, attitude morbide), ou dans les rêves (cauchemars faisant revivre) plus ou moins symboliquement l'épisode traumatisant.

-Blocage des fonctions du moi aussi bien affectives sexuelles que perceptives et cognitives, se manifestant par l'apathie, de la prostration, avec désintérêt pour tous les sollicitations de l'environnement.

Dès son apparition peut aller jusqu'à deux ans et quand à évolution longue et sévère, des superstructions sont communs à d'autres névroses peuvent survenir, tels que : la phobie, l'hystérie, l'obsession, ou peuvent revêtir une allure fonctionnelle ou plus typiquement psychosomatique (hypertension artérielle, ulcère gastroduodéal) le plus souvent. Il y a aussi des psychoses de stress post-traumatiques qui se caractérisent par :

-Des réactions confusionnelles, avec désorientation spatio-temporelles sidération, dans certains cas c'est l'agitation motrice qui domine.

-Des bouffées délirantes aiguës, à caractère polymorphe, ou inaugurant et révélant une psychose chronique.

-Des accès maniaque ou mélancolique aiguë révélant une psychose maniaco-dépressive.

Les manifestations retardées et chroniques apparues comme suite de stress post- traumatique sont regroupées en quatre types :

Le type1 : sont des manifestations psychologiques varie selon les individus :

- Des symptômes névrotiques classiques : remémorations, cauchemars, irritabilité, période de rage, anxiété, insomnies, phobie, dépression.
- De symptômes psychosomatiques : céphalée, lombalgies, ulcères digestifs, migraines, colon, irritable.
- D'états de violence paranoïde, sans symptômes psychotiques.
- Des désordres comportementaux : alcool, drogue, prises de risque aberrant, fatalisme, homicides, suicide.
- De syndrome psychotique.(Ibid p19).

Le type 2 : caractérise par l'altération du cours général de vie.

- Style de vie aberrant, vagabondage, instabilité.
- Sous- accomplissement, délinquance.

Le type 3 : caractérise par une mauvaise relation à autrui.

- Difficultés relationnelles familiales, affectives amoureuse, avec les enfants.
- Relation d'opposition avec le pays , les institutions
- Détachement et désintérêt de tout.

Le type4 : les sujets vivent une déchirure profonde d'eux-mêmes et de l'humanité, ils doutent du sens de la vie, les connexions avec les autres sont coupées. (Mahmoud Boudarene, 2005, P15-20).

V. Les situations stressantes :

Les situations stressantes sont inoubliables, une semaine d'évocation ne peut pas les envisager toutes, ni même quelques-unes dans leur globalité, elles peuvent concerner l'individu :

- Soit face à ces problèmes de santé : maladie, chirurgie, psychiatrie, art dentaire.
- Soit dans sa vie socioprofessionnelle et son environnement

V.1. Réalité et les caractéristiques d'une situation stressante :

Les questions qui se posent : en quoi l'agent stressant se distingue-t-il d'un simple stimulus ? Et à quel moment et de quelle façon le stimulus perd-il de sa banalité pour devenir un agent stressant ?

Les situations stressantes sont omniprésentes, mais selon l'interaction homme /environnement, qui entraîne un état de tension (agréable ou pénible), la gestion rapide de la tension va résoudre les problèmes et la tension disparaît, si, ou contraire, cette gestion est inefficace, incomplète, prolongée, apparaît le stress.

Le stress se développe à partir des conditions environnementales ou en raison de prédisposition individuelle dépendant soit de l'inné et de l'acquis. (Jean Benjamin Stora, 1991, P199).

V.2. Les différentes situations stressantes :

V.2.1. Environnement :

- **Stress et bruit :** le bruit provoque les effets traumatiques au niveau :
-Physiologique (régulation, neuro-hormonaux)

-Psychologique (altération des capacités de communication et les performances cognitives).

-Neurovégétatives (contraction musculaire, vasoconstriction

Des vaisseaux et en conséquence d'élévation de la T.A).

- Les conditions de transports dans les grandes villes.
- La pollution de l'atmosphère nette manque des espaces verts ou de toute autre nuisance en rapport avec la grande ville.
- Les notions de liberté et de voisines d'espace collectif et le concept d'espace inter- personnel, le stress apparait lorsque l'action entamée pour dominer un territoire échoué.
- Le développement énorme des mass média et de l'information immédiate par le développement des moyens de communication.

V.2.2. Rythme de vie :

- Le changement n'affectant tel que (le deuil, découvert d'une maladie).
- Les astreintes et irritations quotidiennes (pauvreté, les problèmes conjugaux, familiaux, les difficultés professionnelles...).
- Les agents de stress chronique correspondant à des séquences événementielles (perte de travail, divorce, veuvage, mort d'un proche...).
- La responsabilité et la tension de surcharge soit familiale ou professionnelle.

Le rythme de la vie moderne semble représenter une des sources majeures de stress, le monde dans lequel nous vivons paraît subir une accélération. L'être humain engagé dans la course de la « lutte pour la vie », l'homme lutte pour la vie stress. (Jean Benjamin Stora, 1991, P200).

V.2.3. Situation sociale :

- La phobie sociale, anxiété apparaissant spécifiquement en présence d'autrui, cette anxiété se traduit par une peur qui entraîne des conduites d'évitement.
- Chômage porte la souffrance, l'amertume, voire la haine est déjà la source d'inquiétude.

La déchéance et la hantise du chômage, le dévergondage économique est ambition dévoyée évoquent le rite conjuratoire contre la peur du lendemain.

- Fatigue : récemment des patients se plaignent d'une fatigue qui dure depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, avec des douleurs musculaires et des troubles cognitifs mineurs mais gênants (difficultés de concentration, oublis fréquents).

Certains sujets, selon "JELON"- "LOUIS"- "SERVON" "SCHREIBER" (1983), sont particulièrement exposés par une mauvaise hygiène de travail vouloir faire trop de choses en trop peu de temps, s'énerver, s'irriter contre soi-même et les autres.

« Quand on ne travaille plus les lendemains des jours de repos, la fatigue sera vécue ».

- Voyages : les personnes ayant des maladies chroniques, comme l'hypertension artérielle, peuvent avoir des complications ou de déclenchement d'augmentation des chiffres tensionnels au moment d'un voyage pénible surtout dans le cas où les moyens de transports ne sont pas sophistiqués. (Ibid).

V.2.4. Situation traumatique :

Des désordres dépressifs ainsi que de variables affections psychosomatiques sont également décrits chez les sujets vivant un stress post traumatique.

- Le viol : un sentiment de culpabilité et la souffrance morale chez la violée est porteur de risques graves pour l'équilibre psychique futur. Elle se sentait profondément coupable d'autant que sa famille ne comprend pas son hésitation. De nombreux passages à l'acte suicidaire surtout dans le cas où le viol engendrent une grossesse.
- Le terrorisme : la menace permanente qui a pesé sur la vie d'une personne est le risque de représailles sur sa famille.

Les citoyens vivant en état d'alerte permanent dans les villages, dans le quartier, dans la rue et parfois même chez-soi, le risque est présent, chaque citoyen camarade de quartier, voisin ou même cousin est perçu comme un collaborateur du terrorisme.

V.2.5. Milieu professionnel :

Trois exigences confèrent au travail sa dimension stressante :

- La première exigence est liée à l'environnement socioprofessionnel et aux valeurs qui s'y sont rattachés notamment la culture et l'identité de milieu de travail.
- La deuxième exigence est en relation avec l'exercice qu'elle génère, particulièrement celle en rapport avec l'aménagement du temps et de l'espace (les conditions de travail).
- La troisième exigence est étroitement liée à la nécessité de communiquer et à la qualité des relations qui s'établissent entre les travailleurs d'une part et entre ceux-ci et la hiérarchie d'autre part.

La dernière exigence à traiter à l'individu, à ses valeurs propres, à son organisation psychique et à sa vie de famille. (Jean Benjamin Stora, 1991 , P 202).

V.2.6. Autres situations :

- Le déroulement de la grossesse dans une situation sociale et familiale qui inconfortable pour la famille peut déclencher un stress surtout si la grossesse n'est pas désirée par le couple. Même aussi les conditions de déroulement de l'accouchement peuvent stresser la femme. Ce stress peut accompagner la femme en suite de couche.
- L'hospitalisation d'un malade pour une longue période peut provoquer une manifestation sous forme d'une instabilité émotionnelle associée à une détresse psychologique et à une anxiété ou d'un affaissement de l'humeur avec parfois un sentiment de désespoir.
- Il existe aussi du stress important chez les étudiants et les sportifs, et aussi les retraites par l'excès de loisirs qui laisse un sentiment de vide et par une sorte de perte de son identité et de son rôle social.(Ibid. P199-203).

VI. Base psychologique du stress :

Des situations similaires de stress peuvent être observées à l'occasion d'agression en provenance de notre environnement social. Aussi l'épuisement psychique avec des manifestations aussi diverses que variées, peut être observé quand les exigences de l'environnement social dépasse la capacité de repense.

VI.1. Stress et modèle psychanalytique :

Les bases de ce modèle reposent depuis l'origine sur l'organisation de la personnalité profonde. Le mécanisme de manifestation dans le stress se fait par la règle suivante : pulsion-refoulement –expression sous forme somatique de ce qui n'a pas trouvé sa voie de réalisation sous le forme d'un comportement intentionnel, il s'agit donc au premier abord « exutoire psychologique ».

S'y est ajoutée par la suite la notion de localisation et de signification

Symbolique du symptôme, de nécrose d'organe et de nécrose végétative, et bien encore celui de la conversion hystérique.

Pour "WOLF" 1953 : les événements de vie ou une influence sur l'organisme et font le lit de la maladie, donc nous sommes ici beaucoup plus près de la notion de stress.

- **Le stress et les mécanismes de défense :**

Pour "PIERON" 1963, les mécanismes de défense sont des « processus inconscients par lesquels l'égo se dissocie de pulsions ou l'effet ressenti comme dangereux pour l'intégrité de l'organisme ».

Ces mécanismes apparaissant souvent peu comparables et leur utilisation est difficile à apprécier dans le stress , rien ne prouve que la protection de l'organisme par les mécanismes de défenses est de bonnes solutions, ou contraire, qu'en devient – il par exemple des conséquences d'une situation niée ou, à long terme d'un refoulement, c'est pourquoi en aura plutôt tendance à juger péjorativement certains mécanismes de défense surtout s'il sont rigides et intenses, d'autres, au contraire pourront d'emblée apparaître comme utiles, tout dépendra de la force du moi et des agents de stress.

VI.2. Stress et modèle behavioriste :

La formulation : S-----R peut en effet, tout de main à première vue laisser penser que le stimulus(s) agent de milieu extérieur va provoquer une réponse (r) qui se produira infailliblement pour que les mêmes conditions se trouvent réunies.

En effet, la reflexe opérante lie à des contingences positives ou aversives éclaire d'un jour nouveau la confrontation dynamique du sujet avec son environnement de vie, psycho-social inclus. On peut donc admettre que l'apport

du béhaviourisme à la compréhension du stress est important puisque la thérapie peut bénéficier des techniques comportementales.

Dans cette approche, il manque ce qui se rapporte à la personnalité, mais l'approche cognitive à le mieux permis l'appréhender la personnalité.

VI.3. Stress et modèle cognitif :

L'évaluation contribue à l'analyse et à la reconnaissance de la situation nouvelle qui est construite de façon différente par chaque individu, c'est la « cognitive opparaisole » ('LAZARUS' 1981), veut dire évolution cognitive qualifie les mécanismes intellectuelles qui permettent au sujet d'accéder à la connaissance de l'événement nouveau et des changements que celui-ci est susceptible d'apporter, une fois évoluée, l'événement est intègre et prend place parmi les expériences antérieures du sujet dans lesquelles il se fonde pour s'habiller de son sens et de sa signification, il entre en raison avec l'histoire affective et émotionnelle du sujet perd ainsi son caractère absolu, les caractéristiques propres à chaque événement sont à prendre en compte mais le contexte dans lequel survient l'événement et l'état de sujet au moment de sa survenue sont des éléments qui jouent un rôle modulateur. Ils donnent à la repense de stress et plus généralement à la dynamique du stress sa diversité mais aussi son caractère spécifique et sa singularité.

Bien évaluer l'événement nouveau permet d'anticiper les changements à venir et les stratégies à mettre en place afin de bien s'y adapter et de bien contrôler la situation.

VI.4. Conception interactionniste du stress

La conception interactionniste du stress rassemble l'état et le dynamique et la réaction du stress face à un nouvel événement et son influence sur l'équilibre intérieur (psychologique, physiologique). Pour garder l'équilibre, le sujet doit

soutenir l'effort et fonctionnera un régime plus élevé, c'est l'équilibre « hétérostatique » qui qualifiera l'équilibre « homéostatique »

- A)** Le maintien de l'équilibre intérieur est réalisé grâce à un système de régulation qui assure une adaptation permanente aux conditions nouvelles et protège contre les perturbations d'origine exogène et endogène, il préserve ainsi le sujet contre la menace et le risque de rupture de son équilibre des processus physiologique et psychologique sont mis en place, il fonctionne de façon automatique et continue dans le silence, des mécanismes plus complexes sont mis en jeu notamment dans les situations inhabituelles ou urgentes et qui constituent une menace pour l'équilibre intérieur . Ces mécanismes font appel à un système général de défense.
- B)** Le maintien du contrôle sur les événements durables ou répétés, se fait au prix d'un effort important. La durée est un paramètre indispensable pour bien comprendre le rôle du stress dans la genèse de la souffrance.

Le « système stress » il se met en action quand les capacités d'adaptation habituelle sont dépassées. Lorsqu'il est dépassé, le système de stress obéit à sa logique propre et implique l'organisme en entier dans ses caractéristiques biologique et psychologique, il s'en suit habituellement une réaction d'alarme avec des manifestations émotionnelles et neurovégétatives, c'est la réaction de stress, le sujet prend conscience des modifications qui surviennent dans son environnement extérieur et de leur responsabilité dans l'effet qu'elles exercent sur son propre état, si la situation d'agression se prolonge dans le temps « situation chronique », une phase de résistance de durée variable s'installe, quand l'épuisement survient il marque la faillite du système de stress, la souffrance devient plus importante et la maladie s'organise.

VI.5. Stress et adaptation :**VI.5.1. Les stratégies d'adaptation :**

Elles sont également appelées stratégies d'ajustement ou « coping stratégie » sont constituées d'une diversité de réponses que le sujet met en place face à toute situation aversive (stressante) afin d'en modérer l'impact et de s'y adapter , il s'agit d'un ensemble de processus cognitifs et comportementaux mais aussi affectifs et émotionnels qui permettent au sujet de réduire et de contrôler les effets négatifs de la situation aversive sur son équilibre et de garder sauf son bien- être physique et psychique.

Les stratégies d'adaptation ne sont pas une disposition mentale, stable et rigide, elles sont caractérisées par une certaine souplesse et elles s'inscrivent dans la logique d'un fonctionnement dynamique qui organise en permanence les rapports du sujet à son environnement .Ses stratégies varient d'un sujet à l'autre et chez les mêmes sujets selon le contexte et la situation.

Le coping est soit centré sur l'émotion générée par la nouvelle situation pour la réguler, soit centré sur la situation elle-même pour mieux la gérer, le but est la réduction de la détresse dont elle est responsable.

L'évitement est la stratégie la plus courantes il consiste à se détourner (à détourner son attention) de la situation par l'utilisation de subterfuges tels que des activités comportementales (jeux, activité sportive,...).

Une autre stratégie qui consiste à consentir sa vigilance sur la situation aversive de façon à bien s'en informer et à mieux la connaître pour la prévenir ou la contrôler, le fait d'avoir le maximum d'information sur la situation permet de mettre en place des plans d'action et de réduire la détresse.

L'efficacité du coping sur la détresse émotionnelle est évaluée sur les critères d'anxiété et du vécu dépressif. Le coping centré sur le problème protège

mieux, car plus efficace contre la survenue de pathologies, ce dernier met en place des mécanismes intellectuels qui permettent de prendre en entière connaissance de l'événement nouveau. Les risques sont évalués avec objectivité et les stratégies adaptatives sont naturellement choisies pour plus d'efficacité.

VI.5.2. Les phases d'adaptations :

Trois phases de stress sont observées : la phase d'alerte ou d'alarme qui se divise (phase de choc et la phase de contre choc), la 2ème phase c'est la phase de lutte ou de résistance et la 3ème phase qui est la phase d'épuisement.

. La phase d'Alerte :

Correspond à la réaction d'alarme qui l'ensemble des phénomènes généraux non spécifiques provoqués par l'exposition soudaine de l'organisme à un agent nocif, à un stimulus auquel cet organisme n'est adapté, ni qualitativement, ni quantitativement il se divise en deux phases :

- La phase de choc représente l'état de surprise à l'agression soudaine et il est formé de symptôme d'altération passive de l'équilibre fonctionnel traduisant un état de souffrance générale intense : diminution de tonus musculaire, hypothermie, hypotension, ulcération gastro-intestinale, chute de la chlorémie, acidose, dépression de système nerveux...etc.
- La phase de contre choc, dans cette phase l'organisme s'est ressaisi, il met en jeu ses moyens de défense active, le cortex surrénal augmente de volume, ses cellules présentent les signes d'activité accrue ; il y a évolution aigue de thymus et des autres organes lymphatiques et inversion de la plupart des signes de la phase de choc : dilution et augmentation du volume plasmatique du sang, augmentation de la diurèse et souvent élévation de la température.

Souvent la phase d'alerte est intimement mêlée si le stimulus qui ont provoqué la réaction d'alarme se prolongent, l'organisme entre dans la phase de lutte ou de résistance.

. La Phase de lutte ou de résistance :

Constitue l'ensemble des réactions non spécifiques provoquées par l'exposition prolongée de l'organisme à des stimuli nocifs auxquels il s'est adapté au cours de la réaction d'alarme, il prolonge et accentue les phénomènes annoncés au cours de la phase de contre choc la résistance vis-à-vis de l'agent particulier qui a éveillé la réaction d'alarme s'accroît mais l'organisme devient plus sensible à l'influence d'autres alarmants enfin, si un stimulus nocif au stress se prolonge, l'organisme atteint la phase d'épuisement.

. La phase d'épuisement :

C'est l'ensemble des réactions qui caractérisent le moment où l'organisme cesse de pouvoir s'adapter au stimulus auquel il est soumis, elle répète dans ses grandes lignes la phase initiale mais les phénomènes passifs d'épuisement l'emportent sur les manifestations de défense active et conduisent à la mort.

En pathologie humaine, la phase d'épuisement correspond au stade de marasme et de cachexie terminal des maladies chroniques

VI.6. Stress et coping :

Le coping, terme anglais qui veut dire « faire », est l'ajustement permanent face aux modifications incessantes de notre environnement physique et social et aux sollicitations imposées par la vie de tous les jours, les mécanismes mis en place sont inconscients et automatiques, ils permettent de maintenir l'équilibre intérieur de sujet sans effort et sans souffrance, cet ajustement désigne les sentiments de ne pas être débordé par l'événement nouveau et de garder le contrôle – est accompagné d'un bien-être manifeste- c'est en cela que le

faireface différent de la réaction et de l'état de stress , et des mécanismes de défenses.

La réponse de faire face dépend :

- De l'expérience passée, des apprentissages et de la mémorisation des échecs et des succès.
- De l'auto- appréciation, évolution de la capacité de répondre à la demande (selon LAZARUS, pour qu'il y ait stress, il faut que la demande soit perçue comme une menace et que le sujet considère qu'il ne peut y faire face).
- Du désir le contrôle de la situation (motivation du faire face).

Le faire face peut procéder soit d'une action directe, soit d'une active palliative.

A) L'action directe correspond à des comportements effectifs du sujet qui peut s'agir :

- D'une action préventive consistant à anticiper l'action et à pouvoir s'opposer de façon plus efficace au danger (demi par exemple).
- D'une action agressive, c'est-à-dire attaquer et réduire la source du problème.
- D'un évitement (fuite) qui peut entraîner des conséquences dépressives.

L'action palliative consiste à modérer la détresse en rapport avec la situation de stress et à en réduire les effets psychologiques. Ceci est possible de différente façon :

- En agissent sur les symptômes avec des moyens externes (médicament, technique corporelle).
- En s'appuyant sur les mécanismes de défense cognitifs qui vont réduire la perception de danger.

- Le contrôle qui se fait par la capacité de reprendre activement lors d'un stimulus aversif, c'est-à-dire d'échapper à la situation stressant.
- Le feed back, qui correspond à un stimulus en retour apportant à l'organisme l'information que la bonne repense a été trouvée.
- La prédiction, elle prévoit l'apparition de l'agent de stress mais peut aggraver les choses du fait de l'anxiété.
- L'habitation : c'est la disposition d'une série de prévisions de repenses en rapport avec ce qu'il a retenu de la confrontation antérieure avec l'environnement. (Marie-Madeleine Jocquet, 1997, P179-186)

VII. Traitement de stress :

Pour se protéger du stress, il est nécessaire de respecter quelques règles de vie :

- Favoriser les relations épanouissantes : qu'elles soient familiales, amicales, professionnelles, etc., la solitude aggrave les problèmes liés au stress.
- S'octroyer des espaces de détente et de loisirs : voire de relaxation.
- Faire du sport : le sport permet d'évacuer les tensions.
- Surveiller son alimentation : la diététique a un rôle fondamental. La consommation de céréales, de légumes, de fruits et d'eau est à privilégier.
- Limiter la consommation de café, de tabac, d'alcool.
- Un sommeil naturel : sans somnifères sauf en cas de nécessité absolues.
- Faire précéder le coucher d'une douche ou d'un bain, d'une activité psychique (lecture, etc.) ou /et d'une activité physique modérée qui favorise la détente et la relaxation.

Si malgré ces dispositions, le stress subsiste, il est conseillé de recourir à un soutien de type psychologique. Quelques séances suffisent parfois à identifier la cause du stress et à prendre des mesures adéquates. Cette aide peut éventuellement être associée à une prescription médicamenteuse non agressive

telle que calcium, magnésium, vitamines (B et C). En cas de stress plus marqué, le recours à une psychothérapie associée à une médication psychotrope sera parfois utile, en ayant conscience que les modifications du comportement requièrent un travail de longue haleine.

La médication psychotrope (anxiolytique ou antidépresseur) ne doit toutefois être envisagée que sous certaines conditions car elle entraîne à long terme une accoutumance :

-en cas d'échec des moyens psychologiques ;

-quand les troubles de l'humeur sont prépondérants. (La santé de A à Z, 2003, P 99).

Synthèse :

Il n'est personne qui tôt ou tard n'est eu recours au terme de stress pour décrire, chez soi ou chez un autre, un état généralement désagréable ou, au contraire, source d'un certain plaisir avec des manifestations organiques et psychologiques souvent difficiles à cerner.

L'état de stress n'est pas une maladie en soi, mais par son intensité et sa durée, il peut menacer la santé physique et mentale des personnes.

Chapitre II

« Insuffisance Rénale »

Préambule :

Plusieurs personnes confrontent des pathologies qui provoquent des difficultés et des souffrances pour s'adapter aux différentes situations dans leurs vie, et qui les oblige des fois a changer leur mode de vie pour s'adapter a la nouvelle situation, parmi ces pathologies , les maladies rénales ; le rein est un organe indispensable et essentiel a la vie, ce que fait qu' une atteinte a sont niveau peut engendrer des dégâts et des maladie graves ,dernièrement ce type de pathologie (maladies rénale)est devenues un problème de santé publique dans le monde entiers surtout dans le stade terminale.

- **Insuffisance rénale :**

- I .le rein :**

- I .1.Définition de rein :**

Selon le dictionnaire médicale : Le rein est un « organe paire qui sécrète l'urine ,située de chaque coté de la colonne vertébrale , dans la région lombaire ,en arrière du péritoine , il a une forme ovale aplatie caractéristique, il est entouré d'un tissu cellulo-adipeux et en constitué de deux zones distinctes : une partie centrale(médullaire)qui correspond les pyramides rénales, et une périphérique (le cortex) qui comprend des tubules disposé irrégulièrement (tubules rénaux) entoures d'un grande nombre de capsules rénales formés de capillaire issue de l'artère rénale »(Dictionnaire médicale,2009.p.805)

Les reins sont des organes chargés d'éliminer les déchets produits par l'activité permanant des cellules de notre organisme, qui rejette quotidiennement des déchets métaboliques et organiques (l'urée, l'acide urique...) donc se sont eux qui fabriquent les urine et maintien d'équilibre interne, elles sont aussi charger de la production d'hormones comme érotropoïtine.

Le rein fait partie de système urinaire, c'est un organe dont le rôle est l'épuration et le maintien de l'équilibre intérieur. Il existe deux reins, situés dans la région péritonéale, du côté gauche et du côté droit de rachis et des axes vasculaires.(Olmer,M,2007,P15)

I.2.l'anatomie du rein :

Les reins humains ont forme de gros haricots dont la concavité, ou hile rénale, regarde vers la colonne vertébrale, ils se trouvent à la hauteur des onzième et douzième vertèbres dorsales et des trois premières lombaires, le droit un peu plus bas que le gauche et un peu plus petit, chaque rein pèse environ 150g, leurs dimensions sont environ 11à12cm de longueur et 6cm de largeur et 3cm d'épaisseur et chaque rein comporte plus d'un million de néphrons qui constituent ses unités structurales et fonctionnelles, le néphron lui-même divisé en deux parties : le glomérule qui filtre les déchets et le tubule rénal qui est rattaché au glomérule. (Le médicale).

Les reins sont situés dans le rétro-péritoine et forment un organe paire, l'un à droite, sous le foie, et l'autre à gauche, contre la rate, chacun près de 120à150 grammes chez l'adulte. Ils sont délimités par une fine capsule entourée d'une mince couche de tissu adipeux et se voient entourés d'une couche de tissu fibreux, et contiennent aussi le bassinet, et contiennent aussi l'artère et la veine rénale. (Querin et Valiquette,2004,p5).

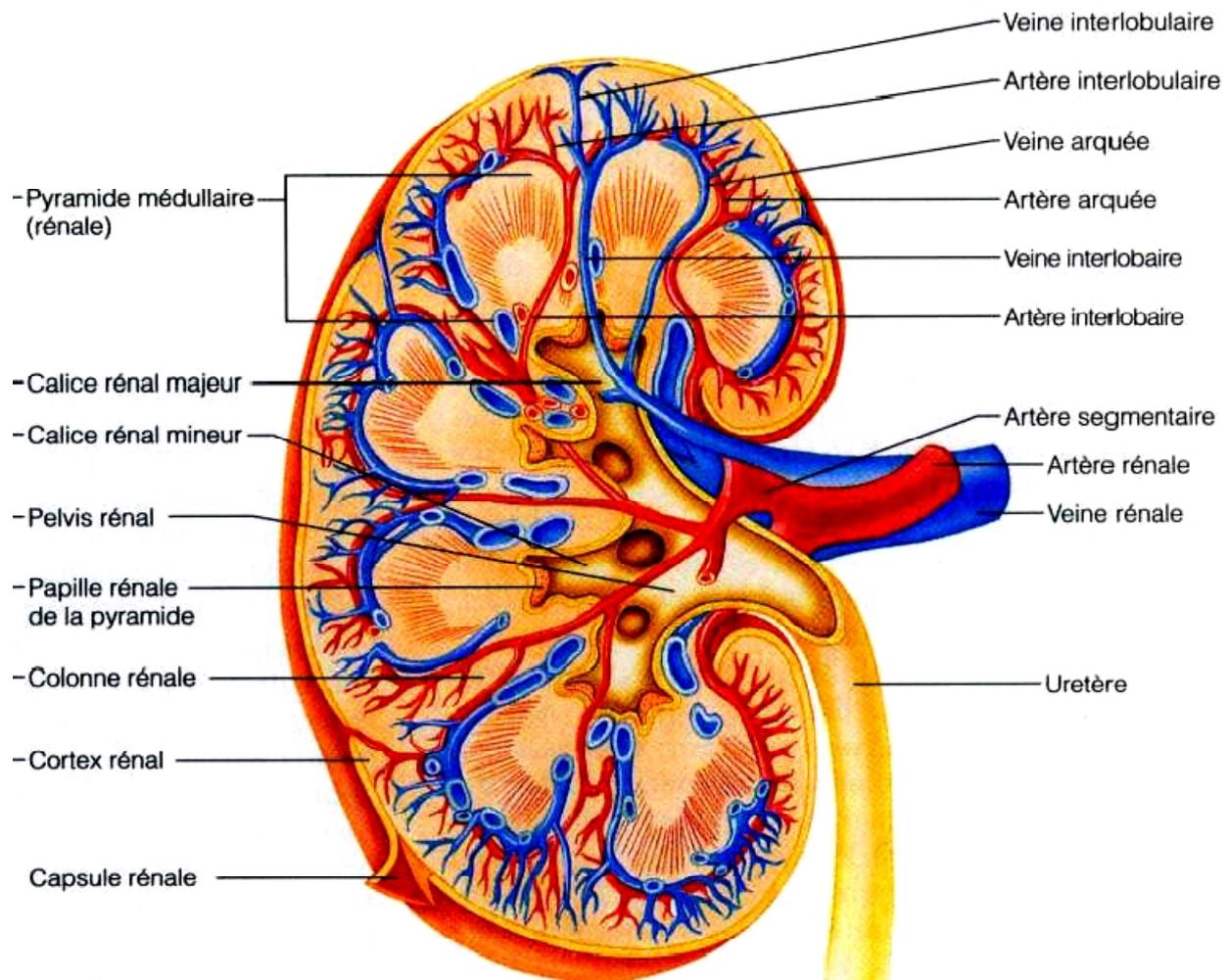


Figure 1 : Anatomie interne du rein (Le médicale).

I.3. Le rôle et les fonctions de reins :

- Le rein, grâce au développement pondérable de ses réseaux vasculaires reçoit une énorme quantité de sang, plus d'un litre par minute.
- Le sang arrive sous une pression élevée et est filtré passivement par le glomérule qui fonction donc comme un filtre poreux, une quantité considérable de liquide est filtrée : 120a130ml par minute soit environ 180l par 24heures, l'opposition entre le volume de ce filtrat et celui de l'urine définitive (1.5 litre) donne déjà une idée de l'importance de rein. (Le médicale).

- Le rôle essentiel et la fonction la plus importante des reins est de maintenir l'homéostasie de corps.
- Purifie le sang des déchets de l'organisme et règlent le volume et la composition du sang dans le corps. (Christèle Manuelle.2008, P 185).
- Les reins doivent d'abord conserver normale le liquide extracellulaire, puisque le plasma constitue le quart de celui-ci.
- Les reins maintiennent aussi la tonicité ou le nombre d'osmoles efficaces dans le compartiment extracellulaire et par conséquent le volume normal des cellules.
- Les reins gardent au Toure de zéro le bilan externe d'eau et celui de plusieurs électrolytes dont ils maintiennent normale la constations dans le liquide corporels (La rousse médicale, p885).
- Les reins s'occupent également de la production d'hormones comme la rénine, prostaglandine qui régularise la pression sanguine et l'érythropoïétine qui prend en charge le métabolisme osseux, comme elles filtrent aussi quelque médicament (insuline).(I. Sherwood, 2006, p419).

Donc les reins sont des organes indispensables et essentiel a la vie, si elle n'implique pas leur rôle, cela mène a une insuffisance rénale qui peut être aigue (temporaire) ou chronique (durable et définitive).

II- Insuffisance rénale :

II-1 Définition de l'insuffisance rénale :

L'insuffisance rénale chronique (IRC) se définit par une diminution prolongée, souvent définitive, des fonctions rénales exocrines et endocrines. Elle s'exprime essentiellement par une diminution de la filtration glomérulaire (FG) avec augmentation de la créatininémie et de l'urée sanguine (urémie) par diminution de la clairance de la créatinine. Elle peut aboutir à l'insuffisance, rénale terminale (IRT) qui nécessite une suppléance [épuration extra-rénale

(EER)]Par hémodialyse ou dialyse péritonéale et/ou par transplantation rénale.

(<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/>).

II-2 LES types de l'insuffisance rénale :

On définit deux types d'insuffisance rénale :

- Insuffisance rénale aigue(IRA).
- Insuffisance rénale chronique(IRC).

II.2.1. Insuffisance rénale Aigue(IRA) :

II.2.1.1. Définition d'IRA :

Une IRA correspond à une défaillance brutale, le plus souvent transitoire, de la fonction rénale. (Christèle Manuelle.2008, p 208).

L'IRA est définie par la baisse brutale et importante de la filtration glomérulaire, elle est habituellement réversible après traitement.(Néphrologie. 2007, p178).

II.2.1.2. Les stades d'IRA :

- a. Risk
- b. Injury
- c. Failure

Sont les trois premiers stades, ils donnent la sévérité

d-Loss of function

e-End stage renaledicease

Sont les deux dernier stades donnent le pronostic. (Néphrologie.2007,P178).

II.2.1.3. Les formes d'IRA :

- a. **IRA fonctionnelle ou pré rénale** : correspond d'une hyper fusions rénale.
- b. **IRA organique ou secondaire**: a une lésion touchant un ou plusieurs composants du tissu rénale, premier cause tubulaires aiguës, toxique ou chimique.
- c. **IRA obstructive ou post rénale** : due a un obstacle sur les vois urinaires, les vois excrétrices ou intra tubulaires. (Christel Manuelle) On peut distinguer d'autre forme selon la diurèse :
 - **IRA a diurèse conservée** : diurèse supérieure a 500ml/g
 - **IRA Oligo-aurique** : diurèse 500ml/24h/ou 20ml/h. (<http://www-santé,UHF-grenole.fr/santé/>). Consulté le(15/03/2016 a 13 :45).

II.2.1.4. Le diagnostique :

-Il repose sur un interrogatoire, un examen clinique complet, un bilan biologique sanguin et urinaire et certain examens morphologiques.

-L'IRA est affirmé devant une augmentation rapide de l'urée plasmatique et de la créatininémie en quelques jours ou semaines.

-Elle est aigue si la fonction rénale était normale auparavant.

-Si les reins étaient de taille normale ou augmentée.

-L'absence d'anémie et d'hypocalcémie et aussi en faveur de caractère aigue récent, mais leur présence n'élimine pas le diagnostic d'IRA. (Néphrologie. 2007, p 182-183).

II.2.1.5. Les causes d'IRA :

Les causes de l'insuffisance IRA, sont plus restreints que celle de l'IRC, on distingue :

- L'urée urinaire est de loin supérieure à l'urée plasmatique : cela prouve que le rein concentre l'urée de l'excrète ;
- Le rapport sodium /potassium est inférieur à 1 dans les urines : le patient urine moins de sodium que de potassium. Cela prouve que les fonctions rénales de réabsorption du sodium et d'élimination du potassium ne sont pas altérées.
- Préglomérulaires ou « pérénales » tout état de choc, thrombose ou clampage prolongé de l'aorte sus-rénale ou des deux artères rénales, sténose bilatérale des artères rénales traitée par IEC.
- Intraglomérulaires (Glomérulonéphrite aiguë, éclampsie,...).
- Tubulaires (nécrose tubulaire aiguë post-ischémique, toxique (métaux lourds, produit de contraste radiologique...) post-rénale (syndrome obstructif).
- Chute du débit (flux) sanguin rénal par diminution du débit cardiaque :
 - Par troubles de remplissage hypovolémie.
 - Par troubles de la pompe : insuffisance cardiaque aiguë. Et/ou chute de la pression de perfusion rénale, conséquence d'un abaissement ou d'un effondrement de la pression artérielle.(Raemacher,L,2004,p.17).

II.2.1.6. Les symptômes d'IRA :

- La pli cutané, tachycardie et hypotension orthostatique auxquels s'ajoute une hyper concentration des urines et une créatininémie élevée.

-Le patient présente une oligurie ou une anurie, un effondrement de la fonction rénale, une apparition de diverses complications digestives ou infectieuses, par ailleurs, les altérations biologiques sont nombreuses et potentiellement dangereuses en raison d'une hyperkaliémie une acidose métabolique.

-Soit une anurie lorsque l'obstacle est situé au-dessus de la vessie, soit une rétention aiguë des urines. Si l'obstacle est localisé dans les voies urinaires basses,

a la palpation en retrouve une hypertrophie rénale. (Christèle Manuelle.2008, p 208-209).

II.2.1.7. Le traitement d'IRA :

- Restriction des apports en eau, sodium et potassium ;
- Assurer un apport calorique suffisant : 30cal/kg/j ;
- Apporter au moins 1g/kg/j de poids ;
- Lutte contre l'hypercalcémie (Kayéxalate) ;
- Epuration extra rénale (dialyse péritonéal ou hémodialyse) ;
- Mise sous surveillance automatique (monitoring).

II.2.2. Insuffisance rénale chronique (IRC)

II.2.2.1 Définition :

L'IRC est définie par une démentions de la filtration glomérulaire en rapport avec une réduction permanant et définitive du membre de néphrons fonctionnels

L'IRC correspond a une destructions irréversible d'une proportion variable des néphrons, consécutive a l'évolution de certains pathologies rénale. (*M. A. Boubchir. 2004, p22*).

Donc l'IRC se produit lorsque les reins perdent progressivement leur capacité à accomplir leurs fonctions.

II.2.2.2. Les stades d'IRC :

- a) IRC débutante que l'on peut contrôler sans méthodes de suppléance.
- b) IRC modérée.
- c) IRC sévère
- d) IRC préterminale

- e) IRC terminale qui nécessite une méthode de suppléance (hémodialyse, dialyse, transplantation rénale....). (R. Morgane, 1957, p127).

II.2.2.3. Le diagnostic de l'IRC :

Pur diagnostiquer l'IRC, il faut regrouper plusieurs symptômes :

- a) La présence de l'anémie et l'hypocalcémie.
- b) Des aggravations aiguës parfois réversibles peuvent survenir chez des patients ayant une IRC par exemple après injection de produit de contraste iodés ou lors de la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- c) En revanche, des reins de taille normale ou augmentée peuvent se voir dans certaines formes d'IRC (Diabète, myélome amylose, polykystose).(*Néphrologie. 2007, p183*).
- d) Faire un examen morphologique rénale (Echographie rénale : pour voir si ya une atrophie).
- e) Chercher une anomalie urinaire (l'existence du sang dans les urines).
- f) Chercher une protéinurie, on trouve des protéines dans les urines.
- g) Créatininémie et estimation de DFG actuel ainsi que l'ensemble des dosages antérieure pour apprécie l'ancienneté et l'évolutivité de l'IR. (*R. Morgan. 1975, p127*).

II.2.2.4. Les cause d'IRC :

Le diabète et l'hypertension sont les principales causes des cas d'insuffisance rénale terminale (50 à 60%). Il existe de nombreuses autres causes probables de l'insuffisance rénale (médicaments néphrotoxiques, infections chroniques des voies urinaires...) Dans des cas rares, certaines maladies héréditaires peuvent être impliquées. Mais dans 10 à 15% des cas, aucune cause d'insuffisance rénale ne peut être déterminée.

De nombreuses affections sont susceptibles d'aboutir à une IRC. La prévention de certaines et l'émergence d'autres modifient leur fréquence relative.

Les affections susceptibles d'évoluer vers l'IRC sont de quatre types:

- Néphropathies vasculaires;
- Glomérulopathies (trouble immunitaire);
- Néphropathies interstitielles chroniques;
- Néphropathies héréditaires.

Arguments en faveur :

- leur fréquence;
- une HTA préalable;
- l'absence d'étiologie ou de symptomatologie glomérulaire;
- l'absence d'anomalies urinaires (hématurie, protéinurie faible ou absente);
- des signes diffus d'artériopathie athéromateuse (carotides, membres inférieurs);
- des reins de petite taille, de contour parfois irrégulier, mais non bosselés ;
- Rein polykistique ;

Le traitement efficace de certaines affections réduit leur mortalité précoce, mais augmente de ce fait leur incidence et permet à leurs conséquences rénales d'apparaître.

➤ **Diabète sucré :**

Responsable d'une lésion rénale spécifique, il favorise également l'athérome, et engendre à ce titre une atteinte artérielle surajoutée non spécifique qui évolue vers l'IRC.

➤ **Hypertension artérielle :**

-HTA essentielle :

Le traitement supprime la mortalité immédiate due aux accidents précoces (hémorragie cérébrale, OAP), mais est moins efficace pour empêcher la survenue

d'un vieillissement vasculaire anormal avec usure prématurée de la fonction rénale (néphroangiosclérose).

-HTA secondaire :

à une sténose artérielle rénale. L'IRC est due à l'ischémie d'aval. Elle s'observe sur tout en cas de sténose bilatérale, ou de sténose unilatérale chez un sujet âgé à la fonction rénale diminuée.

➤ **Rôle du tabagisme :**

Sa responsabilité dans l'athérome est certaine.

- il accélère le vieillissement artériel rénal;

- il favorise la constitution de lésions athéromateuses des artères rénales.(J. Fourcade, 2006)

II.2.2.5. Les symptômes de l'IRC :

Les symptômes de l'IRC sont très divers on distingue :

-Au début :

- Souvent aucun,
- Progressivement la personne ressentie une fatigue excessive a l'efflore, un manque d'appétit, un besoin d'uriner plusieurs fois par nuit,
- Une hypertension artérielle et/ou des œdèmes peuvent être présent.

-Plus tardivement :

Plusieurs signes sont révélateurs de la maladie :

- Une grande fatigue, des troubles digestives : une perte d'appétit, dégoût pour les viandes, nausées, vomissement,
- Amaigrissement,
- Des campus, des impatiences dans les jambes surtout la nuit,
- Des démangeaisons par fois intense...
- Des troubles de sommeil.

- Une anémie (asthénie),
- Une surcharge hydro sodée (HTA, dyspnée œdème). (Michel OLIMER, 2007, p 17).
- Troubles de métabolisme phosphorique (douleur ostéoarticulaires, crise de pseudo-goutte, prurit),
- L'accumulation d'acide urique,
- Accumulation de potassium, acide organique et inorganique,
- Urines mousseuse, trouble ou de couleur foncée ;
- Perte de poids inexplicée,
- Somnolence, ralentissement psychomoteur,
- Douleurs dans le milieu, le bas du dos ou sur les cotés du bassin,
- Contraction involontaires des muscles et crampes.(Le Grain M.et Al.1935,P 3)

II.2.2.6. Les complications de l'IRC :

- Risques de complications cardiaques : crises d'angine de poitrine, parfois un infarctus du myocarde, Surtout si vous êtes fumeur ;
- Complications cérébrales : hémiplégie quelquefois ;
- Du fait de la moindre résistance de l'organisme le risque infectieux est plus important (hépatite B, hépatite C) ;
- Hémorragies digestives en rapport avec une gastrite ou un ulcère gastrique, plus fréquents que chez le sujet normal ;
- Troubles des règles chez la femme ;
- Altération des fonctions sexuelles ;
- Enfin troubles psychologiques possible. (Michel OLIMER,2007, P, 17).

II.2.2.7. Le traitement de l'IRC :

- **Les traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique terminale :**

Lorsque l'insuffisance rénale chronique a atteint le stade terminal, il est indispensable de suppléer les fonctions rénales vitales par la transplantation rénale ou par un traitement d'épuration rénale : la Dialyse Péritonéale (DP) ou l'Hémodialyse (HD) (OLMER, 2007, Dracon, 2003).

➤ **La transplantation rénale :**

La transplantation consiste à mettre en place, chez un receveur insuffisant rénal, un rein provenant le plus souvent d'un donneur en état de mort cérébrale ou d'un donneur vivant apparenté au receveur.

Il n'y a pas d'âge limite officiel pour être greffé mais il faut être en bonne santé car il existe des contre-indications à la greffe comme l'insuffisance cardiaque sévère, un cancer non guéri, un état infectieux évolutif, une hépatite chronique active. De ce fait, la greffe nécessite un bilan médical complet. L'état cardiaque, vasculaire, respiratoire et digestif est exploré ainsi que la confirmation d'absence de foyer infectieux ou d'un cancer. La transplantation rénale peut être réalisée si le donneur a un groupe sanguin compatible avec le receveur et des antigènes de transplantation aussi identiques que possibles. La greffe n'est donc pas réalisable

Pour tous les patients insuffisants rénaux. Un seul rein suffit à retrouver une fonction rénale subnormale. Pour éviter le rejet du greffon, un traitement médicamenteux immunosuppresseur est prescrit à vie. Ce traitement doit être pris plusieurs fois par jour à des heures régulières.

D'après l'agence de Biomédecine, 64% des greffons ont une survie d'au moins 10 ans (OLMER, 2007). Ce résultat signifie que de nombreux patients seront amenés à bénéficier d'un autre type de traitement de suppléance comme la dialyse. Si leur état de santé leur permet, ils pourront être greffés une seconde fois et peut-

être une troisième fois pour les patients les plus jeunes.(ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Septembre 2002) .

➤ **La dialyse :**

La dialyse est le traitement le plus fréquent chez les patients insuffisants rénaux. Il existe deux techniques de dialyse : la dialyse péritonéale et l'hémodialyse.

➤ **La dialyse péritonéale (DP) :**

La dialyse péritonéale est pratiquée à domicile par le patient lui-même éventuellement aidé par un proche ou une infirmière. Cette technique concerne une minorité de patients.

La dialyse péritonéale utilise les capacités naturelles de filtration du péritoine qui est une membrane qui tapisse l'intérieur de la cavité abdominale et le tube digestif. Le péritoine sert de rein de substitution. Lors de l'intervention chirurgicale, un cathéter qui est un tube en silicone souple, est implanté chirurgicalement au niveau de l'abdomen. Ce cathéter permet d'introduire le liquide de dialyse (le « dialysat ») dans la cavité péritonéale. Les déchets et la surcharge en eau vont se diffuser pendant plusieurs heures dans ce liquide. Le péritoine sert alors de filtre. Ce liquide contenant les déchets et l'excès en eau est éliminé par le biais d'une poche de drainage en dehors de l'organisme. Ensuite, une nouvelle infusion de dialysat est réalisée. Cette opération est appelée « échange ». Elle doit être renouvelée trois à quatre fois par jour si l'on choisit la *Dialyse Péritonéale Chronique Ambulatoire (DPCA)*. Il existe une autre solution qui est la *Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA)*. Les changements de poches, c'est-à-dire les échanges, ne sont plus effectués manuellement mais par une machine qui réalise les cycles de changement de poche pendant le sommeil. Le patient doit se brancher le soir et se débrancher le matin. La *figure 1.1* illustre le

principe de dialyse péritonéale. . (ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Septembre 2002)

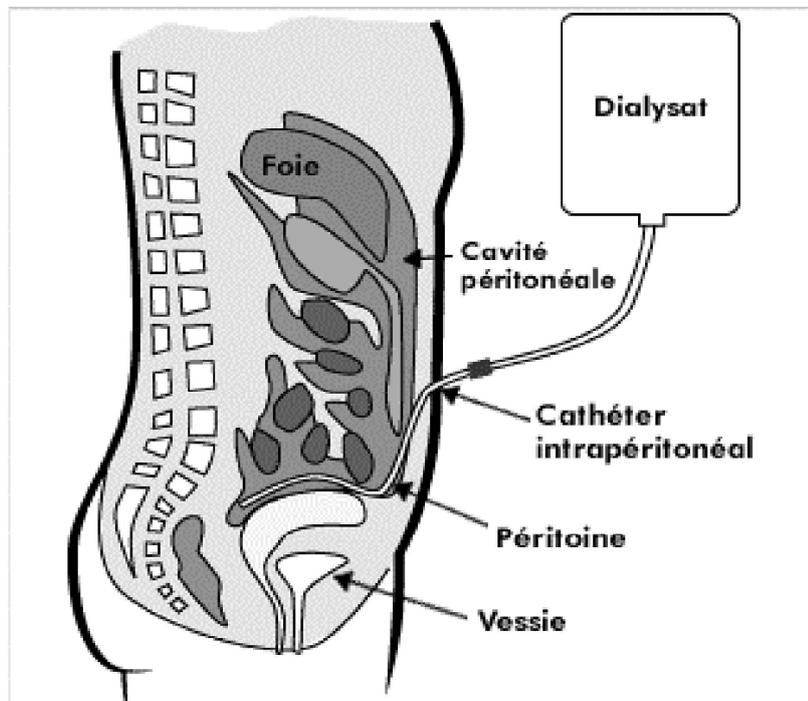


Figure 1.1 : Principe de dialyse péritonéale

➤ **L'hémodialyse (HD) :**

L'hémodialyse est le traitement le plus fréquent Cette technique permet de purifier le sang, pour éliminer les déchets et la surcharge hydrique, grâce à un rein artificiel constitué d'un circuit extracorporel et d'un filtre appelé « dialyseur ».

L'hémodialyse nécessite la création chirurgicale d'un abord vasculaire pour accéder facilement et de façon répétée au sang du patient (*figure 3*). Il s'agit le plus souvent d'une fistule artérioveineuse créée au niveau de l'avant-bras ou du bras qui permet d'augmenter le débit d'une veine en la connectant à une artère. Cette fistule est piquée à chaque séance avec deux aiguilles de dialyse. Si cet abord vasculaire est impossible, inutilisable (ou pas encore créé à l'initiation du traitement), la mise

en place d'un cathéter central dans une veine profonde au niveau de l'aîne ou du bas du cou permet de réaliser les séances de dialyse. La fistule est privilégiée par les médecins lors de dialyse chronique car le cathéter est à haut risque infectieux. La fistule étant primordiale pour dialyser dans des conditions optimales, le patient doit la préserver au maximum en suivant des recommandations qui seront décrites plus amplement dans la partie consacrée à l'adhésion thérapeutique.

En règle générale l'HD est réalisée trois fois par semaine pendant une durée de 3 à 5 heures dans un centre hospitalier (dialyse en centre), dans une unité de dialyse médicalisée (UDM), dans des unités d'auto-dialyse (dialyse hors-centre) ou à domicile (dialyse hors centre). Chacune de ces structures de soin va être présentée en décrivant davantage les unités d'auto-dialyse qui concernent plus spécifiquement la population étudiée dans le cadre de cette recherche. (ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Septembre 2002)

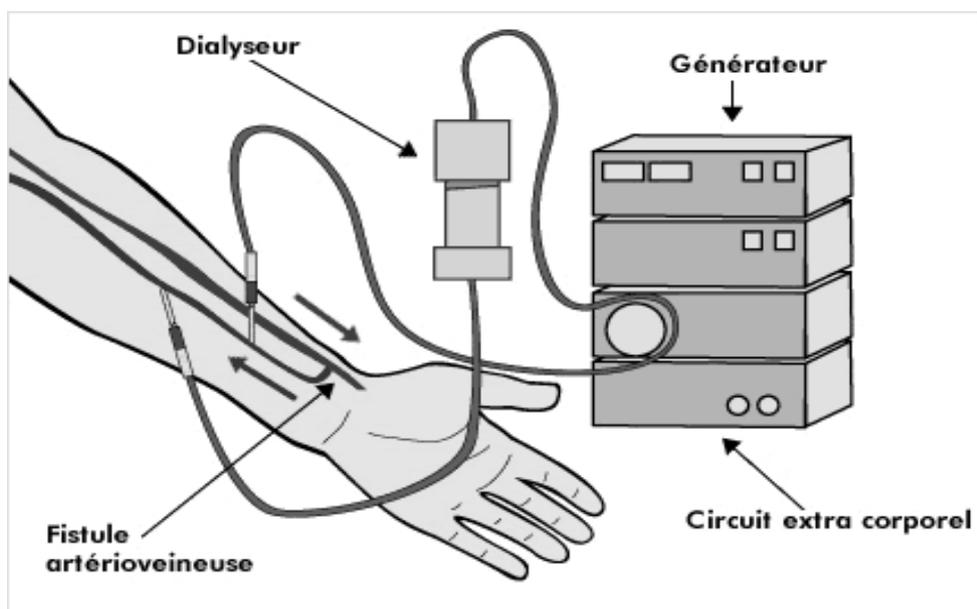


Figure 3 : Principe de l'hémodialyse (<http://www-sante.UJF-grenoble.Fr/sante/>).

Synthèse :

Les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale dépendante de la machine de la machine de dialyse et en absence d'une éventuelle greffe cela sera à vie, ce qui engendre des effets néfaste sur la vie des malades, et leurs relations avec les autres et provoque des troubles psychiques et physiques importantes qui influe sur leur vie et leurs relation avec autrui.

Chapitre III

« Méthodologie de la recherche »

Préambule :

La méthodologie est la première étape importante dans une recherche, elle peut se définir comme étant l'étude du bon usage des méthodes et techniques, il ne suffit pas de les connaître, mais aussi de savoir les utiliser comme ils se doivent, c'est-à-dire savoir comment les adapter. (Angers, M, 1994, p.58).

Dans ce chapitre on va présenter la méthode sur laquelle on va mener notre recherche ainsi des différentes étapes à suivre dans le cadre de notre recherche qui sont très importantes pour nous faciliter à faire une bonne démarche (le terrain de la recherche, les techniques utilisées, ainsi la population d'étude).

- **La méthode de la recherche :**

- I. La prés-enquête :**

C'est l'étape la plus importante dans la présentation d'un mémoire dont l'objet est de recueillir plus de connaissances et d'informations sur le sujet à étudier. CHAUCHAT a défini la prés-enquête comme étant : « La phase d'opérationnalisation de la recherche théorique elle consiste à définir des liens entre la construction théorique et les faits observables, son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation. Cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peu directifs. » (Chauchat, 1999, p 63).

Durant cette prés-enquête on essayer de nous renseigner sur les établissements qui traitent les personnes atteinte d'insuffisance rénale chronique par hémodialyse, on a trouvé l'établissement de Kheratta, on y aller rendre visite pour savoir si on trouve la population de notre étude, en premier lieu on a contacté le chef de service de centre d'hémodialyse d'EPHK en se présentant autant des étudiantes en Master II à l'université Abderrahmane Mira de Bejaia afin d'entamer notre stage pratique pour accomplir notre mémoire de fin de cycle. Après avoir l'accord de chef de service, il nous a orientés vers le

psychologue du service qui nous a proposé des cas, on s'est informé sur leurs états psychiques après on a pu se côtoyer avec eux autant des psychologues stagiaire, en suit on leur a donné une idée sur notre thème de recherche après avoir le consentement de quelque sujets, on a effectué avec eux un entretiens libre, dont lequel on a essayé de poser quelques questions pour recevoir des information sur notre thème de recherche, et c'est à partir de cette prés-enquête qu'on a pu formuler notre guide d'entretien, cependant on a réalisé notre recherche avec ceux qui ont donné leur consentement de travailler avec nous de plus on a garanti l'anonymat des personnage dans notre recherche.

Après avoir assuré que notre population d'étude existe sur le terrain on a pu valider notre thème, puis on a commencé notre recherche sur le terrain.

II. La méthode utilisée :

Dans notre recherche on s'est basé sur la méthode descriptive qui consiste à étudié, analysé et surtout observer notre population de recherche, selon CHEHRAOUI.K, « une méthode qui intervient au milieu naturel et tente de donner une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière ».L'objectif de cette approche est d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes, c'est l'une des méthodes de recherche qualitative, qui est un ensemble des procédures pour qualifier un phénomène. Elles sont utilisées pour collecter et analyser les données.

En psychologie, la méthode descriptive a pour objet de répertorier et de décrire systématiquement un certain ordre de phénomène, d'établir des regroupements de données et des classifications, elle vise à décrire et même prédire le comportement d'un individu.

On a choisi parmi les méthodes descriptives l'étude de cas, qui est employé comme un outil pour étudier quelque chose spécifique dans un phénomène

complexe. « C'est une description détaillée d'une personne faisant l'objet d'une étude ou d'un traitement ».

Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu. L'étude de cas a l'avantage de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant en compte différentes dimensions (historiques, affectives, relationnelles, cognitives,...etc.).

Elle permet aussi d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux.(Chahraoui.k et Benonny.H.p.125-127).

III. Présentation de lieu de recherche :

L'établissement public hospitalier de kherrata : cet établissement a une clientèle multi régionale dont les régions de certaines communes (kherrata, ait mail, borjmira, darguina, souk el tenine), sa construction date du 1954 au temps de colonialisme est situé au sud-est de la wilaya de Bejaia, il s'étend sur deux daïras (kherrata et darguina) et couvre une population d'environ 136000 habitants, pour la superficie de 412,33km carrer.

-L'EPH de kherrata assure la couverture sanitaire non seulement de sa population locale mais aussi des populations des communes avoisinantes appartenant aux willayas limitrophes (melbou, ziama, aokas, bouгаа, tizi N'bachar...etc).

➤ Cet hôpital se compose de plusieurs services :

- Chirurgie général
- Médecine interne
- Maternité
- Pédiatrie
- Hémodialyse
- Epidémiologie

- Radiologie centrale
 - Pharmacie
 - Laboratoire centrale
- Parmi ces services on s'est intéressé au service d'hémodialyse qui accueille des malades atteints d'insuffisance rénale chronique. Le service se présente d'un médecin –chef, chef de service, secrétaire, technicien de machine, médecin de garde, des infirmiers et un psychologue.

IV. Présentation de la population d'étude :

On a effectué notre travail de recherche durant une période de 3 mois, pour répondre aux objectifs de notre étude, nous avons opté pour les personnes hémodialysées au établissement de kharrata, il s'agit d'une étude réalisée sur neuf cas différentes (04) de sexe féminin et (05) autre de sexe masculin, d'une tranche d'âge qui se varient entre (50 et 60 ans).

Sujet	Age	Sexe	Situation professionnelle avant la maladie	Situation matrimoniale	Le début de la maladie	Service d'hémodialyse
Mbarka	52	Féminin	Femme au foyer	Mariée	3ans	Kherrata
Zouina	60	Féminin	Femme au foyer	Mariée	11ans	Kherrata
Nacira	52	Féminin	Femme au foyer	Mariée	8ans	Kherrata
Djamila	57	Féminin	Femme au foyer	Mariée	9ans	Kherrata
Mohamad	59	Masculin	Conducteur camion	Marié	6ans	Kherrata
Ali	53	Masculin	Fonctionnaire a la daïra	Marié	9ans	Kherrata
Layachi	60	Masculin	Electricien a sonal gaz	Marié	2ans	Kherrata
Kamal	50	Masculin	Conducteur camion	Marié	8ans	Kherrata
Aissa	51	Masculin	Commerçons	Marié	4ans	Kherrata

Tableau N° 1 : Présentation de la population d'étude.

V. Les techniques de la recherche :

V.1. L'entretien clinique :

L'entretien est utilisé dans un certain nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales : il se révèle un outil indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus, à leur biographie, à leurs représentations personnelles sur tel ou tel problème. Ce qui fonde la spécificité de l'entretien clinique, c'est le terme « clinique » qui renvoie à un champ de pratiques spécifiques qui intéressent les domaines des soins en général.

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes (Chahraoui K et Benony 1999).

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

- D'aide ou de soins psychologique
- Diagnostique ou d'évaluation psychologique

Il existe trois types d'entretien clinique qui sont : l'entretien directif, non directif, et semi clinique, notre étude est focalisée sur ce dernier type (semi directif).

V.1.1. L'entretien semi directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnées.

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre son discours, mais ce dernier adopté tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet , le laisse associer librement , mais seulement sur le thème proposé (BénonyhetChahraouik1999,p16)

V.1.2. Les différentes objectives de l'entretien clinique :

➤ La visée diagnostique :

L'entretien clinique peut avoir une visée diagnostique. Dans ce cas, le clinicien a plutôt recours à l'entretien semi-directif. A partir des informations recueillies lors de l'entretien et de l'observation des modes de communication du sujet, le clinicien cherche à définir un ensemble de syndromes et /ou à poser un diagnostic (Bénony&Chahraoui, 1999, p11).

➤ La visée de recherche :

Le chercheur peut utiliser l'entretien non directif et/ou l'entretien semi-directif, en s'appuyant sur un guide d'entretien .Le but d'un entretien de recherche est de comprendre le fonctionnement du sujet afin d'approfondir les connaissances théoriques dans un domaine donné et d'enrichir le champ clinique. CHILAND précise que dans ce cadre, le chercheur sollicite un individu pour participer à un entretien, cette personne n'est pas venue lui demander de l'aide.

➤ La visée thérapeutique :

Dans ce contexte, le thérapeute a plutôt recours à l'entretien non-directif ou semi-directif. Le thérapeute est attentif au discours et au comportement du

patient, il essaie de comprendre ses ressentis (peurs, angoisses...) et sa façon de penser. Il doit également veiller à respecter les résistances du patient pour ne pas le brusquer. Le clinicien cherche à établir un climat de confiance pour que son patient puisse se livrer, et donc pour mieux l'aider.

V.2. Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré ; il s'agit d'un « ensemble organisée de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ».

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer les consignes à l'avance. Il comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, tout fois celles-ci ne sont pas posées de manière directive ; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Benony.H et Charaoui.K, 1999, P69)

Nous avons établi un guide d'entretien qui nous permis d'obtenir de déférentes informations sur le sujet, quel que soit personnel ou sur sa maladie qui a aborder quatre axes différentes qui sont :

AXE : Informations personnelles

AXE : Informations sur l'état de santé de patient

AXE : Informations sur l'état de stress

AXE : Informations familiales et sociales

V.3. L'échelle de Cohen et Williamson, 1988 :

Il s'agit d'une échelle qui mesure le degré auquel les situations dans la vie sont stressantes. L'échelle comporte également un certain nombre de requêtes directes sur les niveaux actuels de stress ressenti. La première version a été

conçue en 1983 par Cohen et ses amis Kamarak.T, Mermelstein. R. Une autre a été conçue en 1988 par Sheldon Cohen et Gail Williamson. L'échelle de stress perçu comprend plusieurs versions des versions à 14 items et des versions courtes à 10 items. Pour ce qui est de la cotation, l'échelle comprend 05 repenses, jamais, rarement, parfois, assez souvent et très souvent. En notant de 0 à 4.

Mais pour la version la plus ressentie qui correspond à la validation française du test qui a été effectué par le laboratoire de psychologie de la santé à l'université de bordeaux 2 en 2003, on constate quelques changements : l'item numéro 12 n'est pas inclus.

La cotation :

Jamais=00

Rarement=01

Parfois=02

Assez souvent=03

Très souvent=04

Une note très impotente c'est que les items 04, 05, 06, 07, 09,10 et 13 sont notés au sens inverse.

Le score qui situe au –dessous de 23 veut dire qu'il n'y'a pas de stress. De 24 à 31 peut de stress. Un score supérieur à 32 veut dire situation de stress ou d'hyper stress.

VI. Le déroulement de la recherche :

Notre recherche sur le terrain s'est effectuée dans l'établissement hospitalier de kheratta, le service d'hémodialyse au coure d'une durée de 03

mois, le premier mois été consacré a observé et s'informer d'avantage sur l'êtes de ses sujet et de s'approcher aussi d'eux pour avoir leur confiance et leur consentement pour accéder a l'entretien clinique.

Après avoir le consentement de la population concernées, le recueil des données es passé par les étapes suivante :

VI.1. La passation du guide :

Au cour de l'entretien, les sujets étaient alités, répondent aux questions qui concerne leur relation avec la famille, leur situation actuelle, mais vis-a- vis de l'insuffisance rénale chronique, le traitement par hémodialyse et ses effets secondaire sur le cote psychique.

Durant cette entretien, la plupart des sujets ne comprennent pas la langue française, et cela a rendu l'application du guide d'entretien un peu difficile ce qui nous a obligé a tout traduire en langue maternelle.

-La durée de l'entretien est de 44 à 45 minutes.

VI.2 L'administration de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson :

Vu le niveau d'instruction de certains sujets, on était oblige d'explique l'application et la passation de de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson pour ces sujet en langue maternelle pour ne pas avoir des problèmes de choix de réponses.

VII. Les difficultés de la recherche :

Au coure de la réalisation de notre recherche, nous avons rencontré de multiples obstacles nous citons :

-Le manque des études antérieures.

-Difficulté de trouver de outils de recherche adéquate (Testes et/ou échelles) concernant notre thème de recherche.

-Difficulté de faire l'entretien dans de bonnes conditions à cause des effets de traitement d'hémodialyse, les entretiens se sont déroulé durant la séance d'hémodialyse, car c'est le seule moment possible mise à notre disposition, à ce moment on remarque la fatigue de patient durant le traitement de la dialyse, en plus les sujets se sent installé l'un près de l'autre, ce qui les met en difficulté pour s'exprimé, sans oublier l'environnement des infirmiers à chaque fois pour réglé le générateur.

-Difficulté de la plupart des patients à comprendre la langue française, ce qui nous a obligés de traduire les questions de l'échelle, ainsi a ce communiqué avec la langue maternelle.

Synthèse

Dans notre travail de recherche, la population étudié constitue de 9 cas, on s'est basé sur la méthode descriptive qui est l'étude de cas.

Pour la collecte des données, on a utilisé deux outils de recherches, qui sont l'entretien semi- directif pour donner la liberté au sujet de s'exprimer librement et aussi l'échelle de stress de Cohen et Williamson dans le but d'obtenir des informations qui seront présentées et analysées dans le chapitre suivant.

Partie Pratique

Chapitre IV

« Présentation, Analyse et Discussion des Résultats »

I. Présentation des cas :**I.1. Le cas de Mr Aissa :****Information personnelle du sujet :**

Mr Aissa est un homme âgé de 51ans de kherrata, marié père de 03 enfants (02 garçon et01 fille), notre sujet à un niveau d'étude de septième année moyen, il souffre d'IRC depuis 04 ans, il est déjà diabétique.

Ces différentes maladies ont entièrement bascule la vie de notre sujet dont il n'éprouve aucun gout à la vie, selon son apparence physique en a remarqué qu'il ne fait même pas attention à ce qu'il porte comme vêtement, il est le seul membre atteint de cette maladie dans sa grande famille.

Présentation et analyse de l'entretien :

La découverte de sa maladie est liée à certains symptômes comme la fatigue continue, hypertensionartérielle ,perte d'appétit et de poids, faiblesse très marquée ... mais ces signes n'ont pas été la cause principale de la découverte de sa maladie, MrAissa est allé faire quelque examens pour contrôler son diabète, les résultats obtenues ont indiquée chez lui une IRC , la réaction du sujet été normale c'est comme s'il n'a rien entendu , le médecin essaye de lui expliquer cette maladie , mais le sujet faisait comme s'il n'avait rien de grave : « je suis déjà diabétique, c'est normale d'atteindre cette maladie, avoir une ou deux maladie est bien pareille pour moi...[un bon moment de silence] »

Notre sujet déclare qu'il est conscient de sa maladie , comme il a accepté d'être malade , mais cette pathologie constitue pour lui un grand obstacle dans sa vie : « ma vie est loin d'être belle, a certain moments, mes émotions et mes préoccupations m'indiquent que j'ai des choses à faire et certains problèmes à réglée, alors ce n'est jamais de mon choix si je reste les bras croisés, mais c'est

uniquement ma maladie qui m'empêche d'agir », il ajoute « j'ai jamais aimé lorsque quelqu'un parle de ma maladie , ca me dégoute... ».

Durant les séances d'entretien avec notre sujet Mr Aissa nous a avancée qu'il aime beaucoup d'être accompagné « en discutent avec les gens, j'oublie mes soucis » en même temps il se sent dérangé quand les gens parlent de ma maladie devant moi : « je n'aime pas trop parler de cette maladie ».

En a remarqué aussi que Mr Aissane parle pas de sa famille, quand on a posé la question pour savoir les raisons, sa repense était : « je vis avec ma petitefamille, personne d'autre ne m'aide, mes deux fils ont arrêtées leurs études pour qu'ils travaillent dans mon magasin », il ajoute aussi « j'arrive pas à dormir, tout ça me préoccupe, je prends des médicaments pour pouvoir dormir... » Pour ce qui concerne le régime alimentaire, notre sujet d'étude n'a aucun problème à le suivre puisque il était déjà sous un régime lors de son atteint de diabète.

A partir d'entretien ci –dessus, nous avons remarqué que le sujet Aissa présente un stress trop élevé c'est ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante :

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le moins qui vient de s'écouler. Vous essayez de rependre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois/Assez souvent/Très souvent.

Au cours du dernier mois

1...avez-vous été déranger par un événement inattendu ?					X
2....vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3....vous été vous senti nerveux et stressé ?					X
4....avez –vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?		X			
5....avez- vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			X		
6...vousêtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			X		
7....avez- vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	X				
8....avez- vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?			X		
9....avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10....avez-vous senti que vous dominiez la situation ?		X			
11...vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12...vous êtes –vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13....avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?		X			
14....avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					X
	1	2	3	4	5

Présentation et discussion des résultats de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson :

Le stress perçu est de :42

Les items : 1-3-7-9-11 et 14=04

Les items : 2-4-10-3=03

Les items : 5-6-8=02

L'échelle de stress perçu Cohen et Williamson a bien montré que Mr Aissa souffre d'un taux de stress très élevé avec un score de « 42 ».

Alors on constate que Mr Aissa est vraiment dérangé par sa maladie, on peut le prouver dans les items 1 qui égale à un score de 04, on remarque aussi certaines irritabilités comme conséquence de stress prouvées dans les items 3 et 11.

I.2. Le cas de Mr Ali:**Information personnelle de sujet :**

Mr Ali, âgé de 53ans, marie et père de 03enfants, habite à kherrata, son niveau d'instruction est de 3^{ème} année lycée, il a travaillé comme fonctionnaire au niveau de la daïra, actuellement il est retraité, atteint d'IRC depuis 7ans, il est d'une taille moyen et gros.

Notre sujet souffre aussi de diabète qui était la cause principale de son atteinte de cette maladie.

Présentation et analyse de l'entretien :

Alors la maladie de notre sujet a débuté en 2008, après avoir des manifestations et des symptômes, tels que une la soif, émission d'urines excessive, des crises de boulimie et d'autres, après avoir consulté le médecin il a su qu'il est diabétique

Mr Ali n'a pas accepté d'être malade ce que fait qu'il a refusé de se rendre à l'hôpital, ni de suivre aucun traitement, il a décidé alors de rentrer chez lui, comme s'il n'avait rien de grave : « j'ai pas accepté d'être diabétique alors j'ai refusé le traitement, sachent que je vie dans un endroit entourée de médecin qui ne cessent pas de me conseiller de suivre le traitement, et qui me parler des conséquences, même à la maison quand je regarde la télévision, dès qu'il commence à parler de cette maladie, je change la chaine ou bien je l'atteindre... »

C'est une preuve que Mr Ali ne se rend pas toujours compte de la gravité de sa situation, en revanche, tous les manifestations de cette maladie l'on obligé de se rendre dans un établissement hospitalier, le diabète a attaqué ses yeux, il est devenue aveugle, comme a attaqué ses reins, son médecin la oriente directement au service d'hémodialyse.

Après tous ces conséquences notre sujet a accepté en fin sa maladie, et il a décidé de suivre le traitement qu'il faut « ce n'est pas facile de savoir que je me suis atteint de cette maladie, mais au même temps ce n'est pas difficile d'accepté, si on accepte notre destin rien n'est difficile, mais il ne faut pas croire à cette vie ...elle est trop vicieuse ».

Mr Ali a été convaincu que c'était le seul et l'unique traitement qu'il avait devant lui, c'est ainsi qu'il décide d'agir à ce traitement, après la première séance de dialyse, il nous raconté : « mon médecin ma tout expliqué à l'avance, je me suis déjà préparé à ça, c'est pour ça que tout s'est passé le plus normalement sans aucun problème... ». Il ajoute : « en tout cas c'est plus fort que moi ».

Notre sujet a essayé de nous décrire sa vie avec cette maladie : « je vie ce que j'ai jamais vue dans ma vie ... [après un moment de silence] maintenant je passe tout mon temps dans la mosquée, je lis le courant, je parle avec l'imam, vous voulez rendez compte que لا يحق لي أن لا أكون سعيدا في هذه الدنيا و أنا الذي تم اختيارني من طرف الله، بعدما اختارني ابتلاني، ابتلاني بالحبيبتين (العينين) فكيف لي ألا أكون سعيدا ».

Durant notre séance d'entretien avec Mr Ali on n'a pas rencontré des difficultés pour le suivre puisque il répond à tout nos interrogations sans complexe, il demande toujours si on a bien saisi le sens exacte de ses dires ou bien de ce que il veut dire.

Durant son discours, Mr ali manifeste un sentiment de stress et de régression liée à son déni et à l'inhibition de son état de santé : « je me suis jamais considéré comme un malade », il voulait ignoré même le temps présent « ...m'ais je peux rien faire, c'est plus fort que moi, j'ai accepté me soigné, mais si je n'ai pas refusé le traitement dès le début peut être je n'aurais pas dû arrivé ici... ».

Après tous ses souffrance psychique et physique, la seul chose que Alli a essayé de faire c'est de rapproché au dieu, onpasse tout son temps dans la prière, comme il a essayé de récapitulé tout ce que il a dit : « وأخيرا يا إنسان سال ما عطاك الله », « Il ne faut pas croire à la vie car elle est vicieuse... ».

A partir d'entretien ci-dessus, nous avons remarqué que le sujet présente un stress tropélevé (hyper stress) c'est ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante :

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le moins qui vient de s’écouler. Vous essayez de rependre rapidement en indiquent la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois/Assez souvent/Très souvent.

Au cours du dernier mois

1...avez-vous été déranger par un événement inattendu ?				X	
2...vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3...vous été vous senti nerveux et stressé ?					X
4...avez –vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?		X			
5...avez- vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?		X			
6...vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?		X			
7...avez- vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	X				
8...avez- vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?			X		
9...avez-vous été capable de maitriser votre énervement ?		X			
10...avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	X				
11...vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				X	
12...vous êtes –vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13...avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			X		
14...avez-vous trouvé que les difficultés s’accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				X	
	1	2	3	4	5

**Présentation et discussion des résultats de l'échelle de stress perçu
Cohen et Williamson :**

Le stress perçu est de : 40

Les items : 3-7 et 10=02

Les items : 1-2-4-5-6-9-11 et 14=03

Les items : 8 et 13=02

Ali présente sur l'échelle d'évaluation de stress perçu de Cohen et Williams ont un score qui égale à « 40 » ce qui signifie qu'il est très stressé d'ailleurs la plupart des résultats des items égalent entre 3 et 4.

On remarque qu'Ali est vraiment dérangé et irrité par sa maladie, la preuve est dans l'item 3 qui égale à 4 et 11, 2, 14 qui égalent à 3.

Tout cela nous mène à dire que Mr Ali est très stressé, comme il trouve des difficultés de vivre avec une telle maladie lorsqu'il avait dit « Je ne vois rien de ce que j'ai jamais vu dans ma vie ... ».

I.3.Le cas de Mme Djamila :**Information personnelle de sujet :**

Mme Djamila femme au foyer, âgée de 57 ans, mariée, mère de 05 enfants (2 garçons et 3 filles), habite à Darguina, atteinte d'une insuffisance rénale depuis 9 ans a causé d'une hypertension artérielle, elle est d'une taille moyenne, trop timide, elle est la seule à avoir cette maladie dans tout sa famille.

Présentation et analyse de l'entretien :

Pendant les séances d'entretien, notre sujet s'est présenté avec une forte timidité, elle contrôle bien ses mots, mais peut à peut-elle a commencé à s'exprimer librement et sans complexe on disant : « maintenant je suis allaise on vous parlant, demander tout ce que vous voulez, si je peux vous aider je le ferais avec plaisir ».

La maladie de notre sujet a commencé depuis l'année 2008, de certains manifestations comme la fatigue, malaise au niveau de la colonne vertébrale, des maux de tête, enflure des pieds, une hypertension artérielle, après la consultation de néphrologue il a diagnostiquée chez elle une insuffisance rénale chronique, après un certain temps, ils lui mirent une fistule et l'envoyer au service d'hémodialyse.

A l'annonce de la maladie, Mme Djamila était vraiment surprit, puisqu'elle s'attendait pas à avoir une telle maladie : « Ma vie à changer complètement, je suis devenu une autre personne ». Malgré sa maladie Mme Djamila est une femme qui aime bouger, réaliser ses activités, et qui rêve toujours d'aider les autres, mais cette maladie l'empêche même d'y penser.

Concernant le régime alimentaire elle a eu des difficultés à le suivre « Je n'arrive pas à suivre le régime alimentaire », comme elle se sent gêner par cette

maladie « je sais que c'est mon destin je peux rien faire...mais je me sens trop lourds sur ma famille... ».

A partir de l'entretien ci-dessus nous avons remarqué (observé) que le sujet Mme Djamila présente un stress élevé, c'est ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante :

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le moins qui viennent de s'écouler. Vous essayez de reprendre rapidement en indiquent la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois/Assez souvent/Très souvent.

Au cours du dernier mois

1...avez-vous été déranger par un événement inattendu ?				X	
2....vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					X
3...vous été vous senti nerveux et stressé ?				X	
4...avez –vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			X		
5...avez- vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			X		
6...vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?		X			
7...avez- vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			X		
8...avez- vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?			X		
9...avez-vous été capable de maitriser votre énervement ?	X				
10...avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	X				
11...vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				X	
12....vous êtes –vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13...avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?		X			
14...avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				X	
	1	2	3	4	5

Présentation des résultats de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson :

Le stress perçu est de : 38

Les items : 2, 9,10= 04

Les items : 1, 3,6, 13, 11, 14= 03

Les items : 4, 5, 7, 8=02

A partir des résultats de l'échelle d'évolution de stress perçu de cohen et williamson qui égale à 38 on peut dire que Mm Djamila souffre d'un stress élevé, d'ailleurs c'est ce que on a constaté dans les items 2,9 et 10 qui égalent a 04et les items 1,3 et 10 qui égalent a 03.

D'après ces donnée on constate que Mm Djamila souffre d'un stress élevé comme elle a des difficultés à s'adapté à cette maladie.

I.4. Le cas de Mr Kamel :**Information personnelle de sujet :**

MrKamel âgé de 50 ans,marié, père de 03 enfants (02 garçons et 01 fille), il est d'un niveau socioéconomique moyen, atteint d'une insuffisance rénale depuis 08ans, habite à kherrata, il est de taille moyen, maigre, calme toujours, il a l'aire d'une personne faible physiquement.

Notre sujet est le seule dans sa famille à être atteinte d'insuffisance rénale chronique, ce qui lui permet d'avoir l'attention de tout son entourage.

Présentation et analyse de l'entretien :

Mr kamel souffre d'une insuffisance rénale chronique depuis 08ans à cause d'une hypertension artérielle dont il était atteint depuis 2008.

Notre sujet à bien participer avec nous, il nous a dit « je suis bien, et je suis disponible à reprendre à tout vous interrogations »

On a posé la question à notre sujet sur sa maladie et comment il le vivre ?il disait « c'est la vie, c'est ça...après un bon moment de silence il rajoute : « je vous dis la vérité, c'est trop difficile de vivre avec une maladie chronique tels que l'insuffisance rénale chronique ».

On a remarqué chez notre sujet une certaine inquiétude et des réactions anormaleslorsqu'il a dit : « j'ai besoin d'aide par ce que je souffre de cette maladie ».

Notre sujet déclare « je manifeste des troubles de sommeil, je me réveille la nuit et je trouve des difficultés à rendormir, je souffre de maux de tête et je m'arrête pas de pensé à cette maladie ».

A l'annonce de diagnostic, il a rien compris puisqu' il n'avait aucune connaissance sur cette maladie, il a était vraiment choqué, « j'ai pris de l'aire, et

j'ai consulté le médecin, et ce dernier a diagnostiqué chez moi une insuffisance rénale chronique, sincèrement j'ai rien compris... »

On a constaté que notre sujet refoulé ses sentiments de stress, de peur et d'inquiétude et éprouve comme un besoin de se montré fort même devant nous, « la maladie n'est pas un obstacle pour moi, c'est mon destin et c'est le bon dieu qui a voulu ça, j'accepte sans me plaindre ».

A partir de l'entretien ci-dessus nous avons remarqué(Observé)que le sujet Kamel présente un stress élevé, ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante :

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le moins qui vient de s'écouler. Vous essayez de rependre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois/Assez souvent/Très souvent.

Au cours du dernier mois

1...avez-vous été déranger par un événement inattendu ?	X				
2...vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					X
3...vous été vous senti nerveux et stressé ?		X			
4...avez –vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?	X				
5...avez- vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?	X				
6...êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?	X				
7...avez- vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	X				
8...avez- vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?			X		
9...avez-vous été capable de maitriser votre énervement ?					X
10...avez-vous senti que vous dominiez la situation ?			X		
11...vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12...vous êtes –vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13...avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					X
14...avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				X	
	1	2	3	4	5

Présentation des résultats de l'échelle de stress perçu Cohen et Williamson :

Le stress perçu est de : 35

Les items : 2-4-5-6-7-11=04

L'item : 14=03

Les items : 8-10=02

L'item : 3= 01

Les items : 1-9-13=00

A partir des résultats de l'échelle d'évaluation de stress perçu Cohen et Williamson et qui égale à un score de 32, on peut dire que Kamel souffre d'un stress très élevé, on peut démontrer dans les résultats obtenus dans les items : 2-5-7 et 11 qui égale à 04 que Kamel ne peut pas contrôler sa vie n'est faire face à cette maladie.

I.5. Le cas de Mr Layachi :**Informations personnelle de sujet :**

Mr Layachi âgé de 60 ans, père de 7 enfants, 3 filles et 4 garçons, habite à Darguina, atteinte d'une insuffisance rénale depuis 2ans , c'est un homme de grande taille, maigre, très calme et toujours souriant et respectueux, on l'entendent pas beaucoup parler.

Mr Layachi est un père responsable de sa famille, il a travaillé comme électricien, maintenant il est retraité, il est le seule à avoir atteint cette maladie dans sa famille vu qu'il est déjà diabétique.

Présentation et analyse de l'entretien :

Mr Layachi souffre d'une insuffisance rénale depuis 2 ans, la découverte de sa maladie est liée au diabète et au plusieurs autres signes comme l'hypertension artérielle, fatigue continu, perte d'appétit et de poids... etc.

A l'annonce de la maladie, Mr Layachi avait une réaction normale « j'étais déjà diabétique, je savais que ça va me provoquer d'autre maladies ...je le savais à l'avance ».

Durant les séances d'entretien Mr Layachi malgré sa timidité, il nous a bien aidée, il nous a met allaise ont disant « Demandez ce que vous voulez, je vais répondre atout vos questions ».

Notre patient a de bonne relation avec sa famille, elle la bien aidée a surmené sa maladie « je suis soutenu par ma famille ce qui me donne le courage a affronté cette maladie » , Mr Layachi nous a dit qu'il n'est pas vraiment gêné par ca maladie ça c'est le dieu qui a voulu tout ça et tant que il est heureux avec sa famille et son entourage le reste n'a pas d'importance « cette maladie n'est pas un obstacle pour moi, tant que ma famille et mes proches m'entourent et tant que je suis heureux avec eux le reste n'a pas d'importance », donc il a

facilement accepté le traitement qu'il devait suivre « A mon âge c'est normale d'avoir de tell maladies, ce qui fait que je dois faire le nécessaire pour complété le reste de ma vie » il ajoute : « Il y a des malades qui souffrent plus que moi alors qu'ils sont plus jeune ». Donc notre sujet pense que le faite d'être malade faisait partie de son destin, donc il a accepté facilement sa maladie et sont traitement.

A partir de l'entretien ci-dessus on a remarqué que Mr Layachi présente peu de stress ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante de stress perçu de cohen et williamson.

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le moins qui vient de s'écouler. Vous essayez de rependre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois/Assez souvent/Très souvent.

Au cours du dernier mois

1...avez-vous été déranger par un événement inattendu ?	X				
2....vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					X
3....vous été vous senti nerveux et stressé ?					X
4....avez –vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			X		
5....avez- vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			X		
6...vous êtes- vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?					X
7....avez- vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			X		
8....avez- vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					X
9...avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10....avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					X
11...vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12....vous êtes –vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13...avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?	X				
14....avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					X
	1	2	3	4	4

Présentation des résultats de l'échelle de stress perçu de cohen et williamson :

Le stress perçu est de 30

Les items : 2-3-8-9-13-14=04

Les items : 4-5-7=03

Les items : 1-6-10=00

A travers les résultats de l'échelle de stress perçu de cohen et williamson qui égale à un score de 30 on peut dire que Mr Layachi est juste un peu stressé.

On peut prouver dans les résultats des items de l'échelle de stress que Mr Layachi présente un stress qui n'est pas élevé, cela dans les items 4-7 qui égalent à un score de 02, et les items 1-6-10 qui égalent à un score de 00.

A travers de l'échelle et de l'entretien on conclut que Mr Layachi est un peu stressé mais il est bien adapté avec cette maladie et à son environnement familiale.

I.6. Le cas de Mme Mbarka :**Informations personnelle de sujet :**

Mme Mbarka est une femme au foyer âgée de 52 ans, habite à Darguina, elle est très maigre, elle ne fait pas attention à son apparence, elle a eu du mal à accepter sa maladie, comme elle avait un langage très agressif en parlant de sa maladie, elle ne parle pas trop, elle préfère s'éloigner des autres malades, même les soignants.

Mme Mbarka veuve, responsables de 05 enfants (02 filles et 03 garçons), elle souffre d'une IRC depuis 03 ans, elle est la seule à avoir cette maladie dans sa famille.

Présentation et analyse de l'entretien :

La découverte de sa maladie est liée à certains signes : une fatigue, hypertension artérielle, une perte de poids, et une faiblesse très marquée, et ces manifestations sont développées au point qu'elle n'arrive même pas de sortir de sa chambre ou à accomplir son travail, et son état n'arrête pas de s'aggraver, son fils inné lui a accompagné pour rendre visite à un médecin afin de savoir ce qui lui arrive.

Après une série d'examen clinique, les médecins l'ont orienté en urgence de voir un néphrologue, ce dernier a diagnostiqué chez elle une IRC. Après l'annonce du diagnostic c'était un vrai choc pour elle comme elle le souligne : « cette maladie est une très grande menace pour ma vie » elle ajoute : « je n'arrive pas à croire que j'ai atteint cette maladie silencieuse et douloureuse, je ne savais pas quoi dire, ni quoi faire... c'est mon destin, je ne peux rien contre ça, notre vie est tracée dès la naissance, on a rien à céder... ».

Durant sa première séance de dialyse Mme Mbarka trouve des difficultés à suivre ce genre de traitement : « je m’imagine pas attachée tout le reste de ma vie à cette machine, pour moi avoir des reins mort veut dire que bien tôt la fin... » Mme Mbarka s’isole de son entourage, et elle perd contact avec eux surtout avec tout personne de son âge, elle considère cette maladie comme un obstacle qui l’a privé de toutes activités, sa famille, même ses embêtions... , « je pense à mes enfants, mes travaux, que je ne peux pas accomplir , cette maladie a causé un grand changements dans ma vie, je suis trop gêné par cette maladie , je voie comment les autres disparaît les un après les autres, je sais que ça va pas tardé pour moi aussi... »

Durant les séances d’entretien avec Mme Mbarka, on a rencontré quelque difficultés, puisque elle à essayer de nous cacher des choses, elle ignorait quelques questions, comme en a constaté quelque contradictions dans ces dires tels que : « ...je m’inquiète pas à mon état de santé, ma famille est toujours à mes coutes... » Et des fois elle nous dit : « je pense trop à cette maladie, je n’arrive pas à dormir à cause de ces pensée, je m’éloigne de tout le monde car je ne trouve personne à mes côtés... », Mais cela ne nous a empêché a observé la tristesse qu’elle éprouve quand elle évoque cette maladie.

Durant son discours Mme Mbarka manifeste un sentiment de peur et de stress liée à la mort, cela s’exprime par une attitude figée, regard vide, une mimique approprié, des moments de silence : « ...c’est mon destin... »

A partir de l’entretien ci-dessus nous avons remarquer que le sujet Mbarka est dans une situation hyper stressante, c’est ce qu’on va confirmer avec l’échelle suivante :

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le moins qui viennent de s’écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois/Assez souvent/Très souvent.

Au cours du dernier mois

1...avez-vous été déranger par un événement inattendu ?			X		
2...vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3...vous été vous senti nerveux et stressé ?					X
4...avez –vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?		X			
5...avez- vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			X		
6...vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			X		
7...avez- vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?				X	
8...avez- vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?				X	
9...avez-vous été capable de maitriser votre énervement ?	X				
10...avez-vous senti que vous dominiez la situation ?		X			
11...vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12...vous êtes –vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13...avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?				X	
14...avez-vous trouvé que les difficultés s’accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					X
	1	2	3	4	5

Présentations et discussion des résultats de l'échelle perçue de Cohen et Williamson :

Le stress perçu est 36

Les items : 3-4-9-11 et 14=04

Les items : 2-8-10=03

Les items : 1-5-6=02

Les items : 07 et 13=01

D'après l'analyse des résultats de l'échelle on peut dire que le niveau de stress de Mme Mbarka est très élevé qui égale à 36 cela est dû peut être à son incapacité de s'adapter à cette maladie, aussi à l'environnement dont elle vit, d'ailleurs on peut le confirmer dans les items 3, 4, 9, 11 et 14 qui égale à un score de 04.

I.7. Le cas de Mr Mohammed :**Information personnelle sur le sujet :**

Mr mohammed est un homme âgé de 59ans, marié et père de 6 enfants, habite kharrata, atteinte d'une insuffisance rénale chronique depuis 6ans.

Il est de taille moyenne, a toujours de bonne humeur, comme il est très respectueux, est cultivé même si son niveau d'instruction est de 6eme année primaire, actuellement il est retraité mais il travaille comme clandestin, il est le seule qui souffre de cette maladie dans ca famille.

Présentation et analyse de l'entretien :

Notre sujet souffre d'une insuffisance rénale chronique depuis 6 ans, à cause d'une hypertension artérielle qui lui a causé une polykystose qui s'est développé en insuffisance rénale, à l'annonce de la maladie il n'était pas surpris, il a réagi sans peur ni inquiétude puisque il sait déjà qu'il a une polykystose donc automatiquement elle va se développé en insuffisance rénale « ce n'est pas étonnant je le savais déjà », concernant sa réaction au traitement par hémodialyse il déclare « L'hémodialyse est la bonne solution à notre maladie, en venant au séance de dialyse on se sent mal et on partant après 4 heures de dialyse on se sent vraiment soulagé, au moins mieux que notre état d'arrivé...on regardant les autres je dis Alhamdoulilah, il y'on a ceux quin'arrivent même pas a marché, moi au moins je marche, je travaille et je bricole dans mon petit jardin avec mes enfant... », Il ajoute « mais je demande au dieu de me pas rajouté autre chose car c'est suffisant pour moi... ».

On a remarqué chez notre sujet qu'il a un excellent rapport avec sa famille, un grand respect et amour qu'il portait envers eux, surtout envers sa femme qui a essayé de lui donner un rein mais malheureusement après les bilans

médicaux ils ont découvert qu'elle ne peut pas puisque elle souffre d'une colique néphrétique « tout le monde m'aide et m'encourage à affronter cette maladie ».

Notre sujet n'a pas eu du mal à suivre le régime alimentaire, mais il nous a dit qu'il se stress trop, et que son mode de vie exige le stress, comme il s'inquiète trop à l'avenir de ses petits-enfants « Je m'énerve trop à propos de ce sujet, si je meurs, qui va prendre soin de mes petits-enfants surtout que leur mère est aussi malade, ils sont trop petits que ce qui va leur arriver... ».

A partir de l'entretien ci-dessus nous avons remarqué (observé) que le sujet Mohammed présente un stress trop élevé, ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivant :

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le moins qui viennent de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois/Assez souvent/Très souvent.

Au cours du dernier mois

1...avez-vous été déranger par un événement inattendu ?				X	
2...vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3...vous été vous senti nerveux et stressé ?					X
4...avez –vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?	X				
5...avez- vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?		X			
6...vousêtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?		X			
7...avez- vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?		X			
8...avez- vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?				X	
9...avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10...avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	X				
11...vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12...vous êtes –vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13...avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			X		
14...avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				X	
	1	2	3	4	5

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson 1988 :

Le stress perçu est de 41

Les items : 3-4-9-10-11=04

Les items : 1-2-5-6-7-8=03

L'item : 13=02

L'item : 14=01

L'échelle de stress perçu Cohen et Williamson sous a bien Menter que Mr Mohammed a un niveau de stress très élevé, un score qui égale à 41, en référence au class déduites dans l'échelle de stress, un score supérieure a «32 » veut dire situation de stress ou hyper stress.

Alors on constate que Mr Mohammed est vraiment dérangé par sa maladie, on peut le confirmé dans les items 3, 4, 9, 10, 11 qui égalent a un score de 04 et 1, 2, 5, 6, 7, 8 qui égalent a un score de 03.

I.8. Le cas de Mme Nacira :**Information personnelle du sujet :**

Mme Nacira âgée de 52ans, marie, mère de 6 enfants, (04filles et 02 garçon), atteinte d'une IRC depuis 08 ans, habite àkherrata, elle est d'une taille moyenne, un peu grosse, elle discute avec tout le monde, elle est trop sociable.

Mme Nacira discute avec tout le monde, aime parlais et rigoler que ce soit avec les autres malades, les infirmiers ou les médecins, c'est une dame très sociable, elle dit qu'elle a du mal à s'habituer et s'accoutumer a son traitement, mais cette dernière ne lui pose pas problème de vivre ca vie normale.

Analyse de l'entretien :

Durant les séances d'entretien notre sujet a bien participer, elle disait : « je suis bien allaise en vous parlant, à chaque fois il y a des stagiaires qui vienne, on s'habitue a eu, après ils partent et ils nous laissent un vide, on ne trouve pas avec qui on parle ».

La maladie de notre sujet a commencé depuis 2009, à cause de certaines manifestations comme l'hypertension artérielle, qui a était déclenchéà l'égard des conflits familiaux, selon ses dires : « à l'époque j'ai beaucoupsupporté, j'avais beaucoup de problèmes au sein de ma famille avec ma belle-mère, qui était trop exigeante, je n'avais même pas le droit de me défendre, j'ai refoulé tous ces choses...et voilà les résultats, une HTA».

Après plusieurs examens le médecin diagnostiquée chez elle une IRC.A l'annonce du diagnostic elle n'a rien compris, puisque elle n'avait aucune connaissance de cette maladie, mais elle disait qu'elle était choquer « j'étais vraiment choquée, mais dieu merci, je suis vivante et ma famille m'entoure on m'apportant tout son aide, et je dois accepter mon destin de vivre ainsi ».

Après sa première science de dialyse, Mme Nacira a éprouvée des sensations de stress et de peur face à ce traitement, « c'est inimaginable...je ne peux pas décrire mes sentiments, mais c'était la seul fois de ma vie ou j'avais peur de quelque choses, je n'avais aucune aidé sur ce traitement et le mot machine me fait peur... ».

Mme Nacira nous a avoué qu'au début du traitement , elle avait des maux de tête, elle n'arrive pas à s'endormir, elle consomme beaucoup du café qui lui a cause des problèmes d'estomac, elle ajoute « cette maladie a changer tout dans ma vie, j'ai laissé beaucoup de travaux, je peux pas les faire à cause de cette maladie, mais ça m'empêche pas de vivre ma vie normalement ,je voyage , je mange tout ce que je veux, je ne suis pas un régime alimentaire, des fois j'oublier que je suis malade grâce à ma famille qui m'aide et qui m'encourage tout le temps... », Elle déclare que sa famille luit apportait beaucoup de soutiens, en disant : « cette situation constitue pour moi un avantage, d'avoir leur soutien et de le consolé, je les trouve toujours à mes côtés dès que j'on est besoin ».

Mme Nacira a suivi son traitement de dialyse dans différents établissements, elle a commencé son traitement premièrement à l'hôpital de Bejaia puis comme elle a des membres de famille un peu partout et qu'elle aime voyager, elle s'est déplacer entre Ghardaïa, Hassibahbah, Beni Mzab, Djelfa...et e fin Kherrata.

L'ors de l'entretien, le contacte avec Mme Nacira était facile, comme elle est sociable, elle fait toujours de son mieux pour reprendre aux questions posées.

A partir de l'entretien ci-dessus, nous avons remarqué (observé) que le sujet Mme Nacira est juste un peu stresser, c'est ce qu'on va confirmer avec l'échelle de stress perçu de Cohen et williamson :

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le moins qui vient de s'écouler. Vous essayez de rependre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois/Assez souvent/Très souvent.

Au cours du dernier mois

1...avez-vous été déranger par un événement inattendu ?				X	
2....vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					X
3....vous été vous senti nerveux et stressé ?					X
4....avez –vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?	X				
5....avez- vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?		X			
6...voue êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?	X				
7....avez- vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?		X			
8....avez- vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?			X		
9....avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10....avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	X				
11....vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				X	
12....vous êtes –vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13....avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?		X			
14....avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				X	
	1	2	3	4	5

Présentation et discussion des résultats de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson :

Le stress perçu est : 26

Les items : 8-13=04

Les items : 1-2-4-5-7-10-14=02

Les items : 3-6-9et 11=01

A travers les résultats de l'échelle de stress perçu de cohen et williamson qui égale à un score de « 26 »on peut dire que Nacira est juste un peu stressé.

On peut prouver dans les résultats des items de l'échelle de stress que Nacira présente un stress qui n'est pas élevé et cela dans les items 11et 3qui égale à un score de 1.

D'après les résultats de l'échelle de stress et l'entretien clinique, nous on conclut que Nacira est un peu stressé mais elle est bien adapter dans son environnement familial.

I.9. Le cas de Mme Zouina :**Information personnelle de sujet :**

Mme Zouina est une femme âgée de 60 ans, de Draa el gayed de takleat, femme au foyer, l'aspect physique de notre sujet ne montre pas le reflet d'une femme malade atteinte d'une insuffisance rénale chronique depuis 11 ans. Sa famille est composée d'elle, son mari, et ses enfants (03 filles et 02 garçons), elle vit actuellement avec son mari et ses filles vu qu'elles ne sont pas encore mariées, et que ces 02 fils ont leur propre maison.

Mme Zouina est considérée la seule membre malade atteinte d'IRC dans sa famille.

Présentation et analyse de l'entretien :

Durant l'année 2005, Mme Zouina a eu des manifestations et de malaise et aussi des complications comme la fatigue continue, une tension artérielle, une enflure des pieds...etc. son médecin lui a prédit que d'après ces manifestations, elle a des problèmes au niveau rénaux, elle lui a conseillé de voir un spécialiste du domaine, Mme Zouina affirme qu'elle éprouve ces symptômes depuis longtemps.

Mme Zouina accompagnée de son mari, s'est présentée en consultation chez un néphrologue, après plusieurs examens cliniques, le médecin diagnostiqué chez elle une IRC, à l'annonce du diagnostic Mme Zouina a exprimé : « je n'étais pas vraiment surpris car j'avais douté et j'ai consulté le spécialiste pour le confirmer », elle a été hospitalisée durant 03 mois à l'hôpital de Bejaia, après les premières séances de dialyse, Mme Zouina a éprouvé des sensations de peur et de stress face à ce traitement : « j'avais très peur...le traitement me suivra toute ma vie, je serai attachée à cette machine, ce qui veut

dire que mes reins ne fonctionnaient plus..., je ne sais même pas si je résistais ou pas... »

Après plusieurs années de traitement, et de stress face à des situations difficiles : « je me trouve obligé de suivre un régime alimentaire, je n'arrive pas à accomplir les travaux quotidiens de la vie, dieu merci, que je le veule ou pas, c'est mon destin et je dois l'accepté ».

Mme Zouina affirme qu'au début de sa maladie elle a eu quelques problèmes d'adaptation sa nouvelle situation mais avec le temps elle s'est habituée à son état, maintenant elle nous a avoué qu'elle se fatigue avant le dialyse. D'autre côté elle nous a expliqué l'inquiétude de ses enfants en disant : « mes enfants faisant beaucoup de souci pour moi, de ma part aussi je me soucie beaucoup pour eux, qui va les prendre en charge après ma mort ».

Mme Zouina a suivi son traitement dans deux différents établissements ce qui lui rend plus stressé, elle a commencé son traitement premièrement à Bejaia pendant trois ans (03ans) après elle s'est déplacé vers Kherrata elle avoué que les soins aux seins de l'établissement de Bejaia sont meilleurs que celle de Kherratta.

A partir d'entretien ci-dessus, nous avons remarqué (observé) que notre sujet pressante un stress élevé, c'est ce que on va confirmer avec l'échelle suivante.

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le moins qui viennent de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois/Assez souvent/Très souvent.

Au cours du dernier mois

1...avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?	X				
2...vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					X
3...vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?		X			
4...avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?	X				
5...avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?	X				
6...vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?	X				
7...avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	X				
8...avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?			X		
9...avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					X
10...avez-vous senti que vous dominiez la situation ?			X		
11...vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12...vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13...avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					X
14...avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				X	
	1	2	3	4	5

**Présentation et discussion des résultats de l'échelle de stress perçu
« Cohen et Williamson » :**

Le stress perçu est : 39

Les items : 5-9-11-13-14=04

Les items: 1-3-4-10=03

Les items: 2-6-7=02

L'item: 8=01

A partir des résultats de l'échelle d'évaluation de stress perçu de Cohen et Williamson qui égale à un score de « 39 » on peut dire que Mme Zouina souffre d'un stress élevé.

On constate que notre sujet est vraiment dérangé par sa maladie, d'ailleurs c'est ça qui est confirmé dans l'item « 01 » qui égale a trois qui est égale a trois « 03 », l'héritabilité est aussi une conséquence de stress, qui ont peut la preuve dans l'item « 11 »qui est égale à un score de « 04 ».

La concordance entre les données obtenues à l'entretien et celle de l'échelle d'évaluation de stress perçu constate que Mme Zouina est très stressé, comme elle trouve des difficultés d'adaptation dans son environnement familial.

II. Analyse générale de l'entretien et l'échelle de l'ensemble des sujets :

A partir de l'analyse des entretiens réalisés pour chaque personnes hémodialysé nous avons remarqué que la plus part d'entre eux n'ont jamais connu l'insuffisance rénale chronique, ce qui engendre chez eux une souffrance intense, et un bouleversement psychologique comme le stress, et d'après tous les symptômes qu'ils présentent personne ne s'attende d'avoir une tel maladie comme a déclaré certaines malades :

«Ce n'est pas facile de savoir que je mesuis atteinte de cette maladie ... ».

«Je n'arrive plus à coirs que j'ai atteinte de cette maladie silencieuse et douloureuse, je ne sais même pas quoi dire ni quoi faire ... ».

« Je vous dit la vérité, c'est trop difficile de vivre avec une maladie telle que l'insuffisance rénale... ».

« J'ai pris de l'aire, et j'ai consulté le médecin, et ce dernier a diagnostiqué chez moi une insuffisance rénale chronique, sincèrement j'ai rien compris... ».

Tous les sujets en annoncé que leurs vie en générale a changé depuis l'atteint de cette maladie, ils allèguent un malaise et un inconfort causé par leurs peur d'une dégradation de leurs états de santé, et par la difficulté de faire un équilibre entre leurs besoins quotidiennes et les exigences de la vie:

« Ma vie a changé complètement, je suis devenu une autre personne... ».

« ...Je n'arrive pas à accomplir les travaux quotidiennes de la vie... ».

« Cette maladie a changé tous dans ma vie, j'ai laissé beaucoup de travaux, je ne peux pas les faire à cause de cette maladie... ».

En ce que concerne leurs relations familial, nous avons remarqué que la plus part des cas en subi plusieurs perturbations, étant donné que certains d'eux

non pas eu le soutien qu'ils méritaient en étant malade, disant qu'ils sont devenue lourd sur le dos de leurs familles :

« Je vie avec ma petite famille, personnes d'autres ne m'aide, mes deux fils ont arrêté leurs études pour qu'ils travaillent dans mon magasin ».

« ... j'ai beaucoup supporté, j'avais beaucoup de problèmes au sien de ma famille ... ».

« Je sais que c'est mon destin je peux rien faire...mais je me sens trop lourde sur ma famille... ».

Toute ces souffrance physique et notamment psychique a engendré chez eux des changements dans leurs comportements exprimés par des crises de nerfs,et une susceptibilité en vers des situations banales.

D'après toute ce qui a été dit, en retenu que les maladies chroniques en une immense influence sur le psychisme .Autrement dit, la santé physique a une très grande influence sur la santé psychique, ce qui est prouvé par l'échelle de stress perçu de cohen et williamson la plupart des cas étudiés souffrent d'un stress élevé(7 cas parmi 9),donc toutes les symptômes constatés durant l'entretien (malaise, nervosité, bouleversement et inquiétude)sont des manifestation clinique indique l'existence de stress chez la majorité des patient atteinte d'insuffisance rénale chronique.

Discussion des résultats de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson :

Cas	Résultat de l'échelle de stress	Niveau de stress
Mbarka	36	Stress élevé
Zouina	39	Stress élevé
Nassira	26	Peu de stress
Djamila	38	Stress élevé
Mohamed	41	Stress élevé
Ali	40	Stress élevé
Layachi	30	Peu de stress
Kamel	35	Stress très élevé
Aissa	42	Stress élevé

Selon le tableau ci-dessus en remarque que la majorité des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique sous lesquelles on a effectué nôtres étude de recherches , (7 parmi 9) souffrent de stress élevé, en référence au classes déduites dans l'échelle de stress, un score supérieur à32 veut dire situation de stress ou hyper stress, sauf le cas de Layachi et Nassira qui ont eu une note de 30 et 26 qui signifie qu'ils sont un peu stressé.

III. Discussion des hypothèses :

Au cours de notre recherche on a pu évaluer le niveau de stress chez notre population d'étude atteinte d'insuffisance rénale chronique dont leur vie dépend de la machine.

A travers l'entretien clinique qu'on a effectué avec notre population d'étude, au sein de centre d'hémodialyse de Kherratta, et on s'appuyant sur les résultats de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson (1988) : Un score qui situe au-dessous de 23 veut dire qu'il n'y a pas de stress, de 23 à 31 peut de stress, un score supérieure à 32 veut dire situation de stress ou d'hyper stress.

Donc après la passation de cette dernière sur nos neuf cas de recherche et après avoir récolté les résultats de l'échelle et calculer le score de chaque cas, nous pouvant vérifier nos hypothèses :

La première hypothèse : « Les personnes hémodialysés souffrent d'un stress ». Il nous semble qu'elle est confirmée chez tous les sujets, puisque ils se réclament de leur états de stress provoqué suite au séances de dialyse, qui interfère sur leur vie, et leur envie de continuer leur séances qui les rend incapable et qui leur cause un empêchement.

On peut confirmer ça grâce aux résultats de l'échelle de stress perçu, la plus part des cas ont un score supérieure à 32 ce qui veut dire stress élevé, aussi grâce aux informations précise qu'on a obtenu dans les entretiens avec les sujets :

Djamila : « Je sais que c'est mon destin, je peux rien faire, mais je me sens très lourd sur ma famille ».

Nacira : »Je ne peux pas décrire mes sentiments, mais c'est la première fois de ma vie ou j'avais peur de quelque chose...la machine me fait peur ».

Mbarka : « Cette maladie est une très grande menace pour ma vie ...c'est mon destin...je m'imagine pas attaché tout le reste de ma vie à cette machine... ».

Zouina : « ...mais rein ne fonctionnent plus...je ne sais même pas si je résiste ou pas ».

Aissa : « Je n'arrive pas à dormir, tout ça me préoccupe, je prends des médicaments pour pouvoir dormir... ».

Ali : « Ce n'est pas facile de suivre le traitement ».

Kamal : « Je manifeste des troubles de sommeil...je m'arrête pas de pensée a cette maladie ».

Mouhamad : « Je demande au dieu de me pas rajouté autre chose car c'est suffisant », « Je m'énerve trop à propos de ce sujet... ».

D'après les résultats, on constate que les personnes hémodialysés souffrent de stress, donc la première hypothèse est confirmée.

Quand a la deuxième hypothèse : «le degré de stress des personnes hémodialysés dépend de chaque individu ». Celle- la aussi nous semble confirmé, on se référant aux données obtenues, nous avons constaté que la majorité des personnes de notre population d'étude 7/9 souffrent d'un niveau de stress élevé, c'est-à-dire ils ont un score supérieure à 32 :

Nom de patient	Degré de stress selon l'échelle
Djamila	38
Mbarka	36
Zouina	39
Aissa	42
Ali	40
Kamal	32
Mouhamad	41

Tableau N° 2 : les cas qui ont un score supérieur à 32.

Donc ces patients sont dans des situations hyper stressant grâce aux malaises qu'ils ont éprouvés durant l'entretien effectuée, nous avons remarqués que la souffrance de ses sujets et liée aux manifestations qu'ils éprouvent durant les séances du traitement.

En ce qui concerne les deux cas qui présentent peut de stress, cela peut s'expliqué par leur acceptation de la maladie et le soutien familiale qu'ils reçoivent au sein de leur famille, on peut le prouvé d'après l'entretien clinique :

Layachi :

« J'ai étai déjà diabétique, je savais que ça va me provoquer d'autres maladies ... ».

« ...je le savais à l'avance ... ».

« il y a des malades qui souffrent plus que moi, alors qu'ils sont plus jeunes ».

« A mon âge c'est normale d'avoir de tel maladie ».

« Je suis soutenu par ma famille, ce qui me donne le courage a affronte cette maladie ».

« Cette maladie n'est pas un obstacle pour moi, tant que ma famille et mes proche m'entourent et tant que je suis heureux avec eux, le reste n'a pas d'importance ».

Naciraa :

« ...Je dois accepter mon destin de vivre ainsi ».

« ...ca m'empêche pas de vivre ma vie normalement, je voyage, je mange tout ce que je veux... ».

« ...Des fois j'oublie que je suis malade, grâce à ma famille qui m'aide et qui m'encourage tout le temps... ».

« Cette situation constitue pour moi un avantage, d'avoir leur soutien et de le consolé, je les trouve toujours à mes côtés dès que j'en ai besoin ».

Dans se présent travail sur le stress chez les hémodialysés , on a réalisé une étude qui évalue le stress chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique traité par hémodialyse, dont nous avons interrogé (09) neuf personnes sur la qualité de leurs vie biopsychosociaux, par l'intermédiaire d'un guide d'entretien et une échelle de stress perçu, mesurant le degré de leur stress, cette recherche nous a permis de répondre a certaine interrogation concernent l'hémodialyse et son influence négative sur le psychisme .

D'après toutes les recherche effectuées au cours de notre étude, tout les témoignages recueillis, on a tenté de démontrer le degré de stress chez les hémodialysés a travers leur quotidiens dont leur situation familiale et a travers leur état de santé et toutes les transformations et les changements causées par cette maladie sur leur corps et notamment sur leur vie.

La prise en charge d'un patient en Insuffisance rénale chronique nécessite un traitement complexe, un suivi médicale spécialisé et essentiel, qui doit être dans l'idéale, centrer sur les patients.

Cette maladie chronique contribue a l'apparition des troubles psychique spécifiquement le stress, comme on l'a constaté chez la plus part des cas de notre population d'étude, apprendre que l'on est atteint d'IRC et que le traitement est a vie est souvent vécu comme un traumatisme psychologique, responsable d'un mal-être ainsi que la relation corps machine qui engendre le stress.

Notre recherche nous a permis de vivre une expérience dans laquelle on a pu démontrer, décrire et expliquer se qu'un dialyse peut endurer et vit quotidiennement et tout leur souffrance psychologique qui vit toujours notamment dans les séances de dialyse (3 fois/semaine (4heures) qui provoque chez eux un stress instance.

Notre objectif était de mesurer le stress chez les hémodialysés on a constaté que l'hémodialyse a une influence déterminée sur le stress des personnes atteintes de cette dernière qui est altérée à son traitement, et que le taux de stress touche indifféremment les personnes hémodialysées, il se varie d'une personne à une autre.

On fonction de notre étude faite sur le terrain nous avons distingué que les traitements médicamenteux sont insuffisants face à la chronicité de cette maladie, car les douleurs sont autant d'origine psychologique que organique, d'où la nécessité d'un soutien psychologique et l'encouragement familial peuvent diminuer le taux de stress chez les sujets hémodialysés.

Pour conclure notre travail, il faut reconnaître que le thème de recherche que nous avons traité dans ce mémoire est d'actualité car il s'agit d'un domaine très vaste et très sensible, le stress est devenu un phénomène dans notre vie, et quand on est atteinte d'une maladie chronique ça devient pathologique et ça influe sur l'état psychique des sujets.

En fin, on peut dire que cette recherche reste une bonne expérience pour nous, à travers laquelle on a enrichi nos connaissances sur notre objectif comme on a réalisé l'objectif tracé au début de notre recherche.

Reste à souligner que les résultats de cette recherche ne peuvent en aucun cas ni être valides ni généraliser qu'à travers une recherche plus élaborée, sur une taille d'échantillon plus large avec des échelles plus valides.

Bibliographie

Bibliographie

Ouvrages

1. Angers. M, (1994) : « Indication pratique à la méthodologie des séances humaines », Alger, édition Casbah.
2. Boubchir M : (2004), « Monographie sur IRC », Alger, place centrale de ben aknoun.
3. Brigitte dumass,Camille Raymond et Jean Gay Vallicant : (1999), « Les sciences sociales de l'environnement :analyse et pratique »,France.
- 4.Bruno Moulin, Marie Noelle : (2007),« Néphrologie », 3^{ème}éd, France.
5. Chahraoui, KH, &Benony, H : (1999), « entretien clinique ». Paris, Duno
6. Christèle manuelle, (2008), Les fonctions vitales du corps humain », Lamarre, France.
7. David Fantana, (1990) : « Gerer le stress », edMardaga.
8. Francoisvicent Raspail : (1846), « Histoire naturelle de la santé et de la maladie », France.
9. Gerardechansseigne Cognitions : « (2008), « Santé et vie quotidienne : Conception, Mesure, Implications professionnelle, stress », edpubicbook.
10. J, Fourcade, (Mai 2006) : « Nephrologie Insuffisance rénale Chronique »,Faculté de médecine Mont Pellier.Nimes.
11. Jane Ojden,(2008) : « Psychologie de la santé »,éd de boeck.
12. Jean Benjamin Stora : (1991), « Le stress », Paris.
13. Jean Rivolier, (Mai 1989) :« L'homme stressé- France ».
14. John Libbey, (2004) : « Hyperphosphatémie dans l'insuffisance rénale chronique », Paris.
15. July .D. (2010) : « Néphrologie ».Paris.
16. Le Grain, M (1975) : « Néphrologie sur l'IRC », Paris.
17. Mahmoud Boudarene, (2005) : « Le stress entre bien être et souffrance », Berti édition, Alger.

18. Marie Chire, Aupere et Jaque chaboud, (1976) : « Le Médicale, Recherche iconographique », ed Felix Touran Paris.
19. Marie-Madeleine jocquet, (1997) : « Les mécanismes de défense théorique et clinique », édition Nathan, Paris.
20. MOREAU.R, (2007) : « Anatomie de rein, les voies urinaires »,France.
21. Olmer.M, (2007) : « Vivre avec une maladie des reins, dialyse et transplantation rénale », Lion.
22. Paperview SA,(2003) : « La santé de A à Z », ed Bruxelles(Belgique).
23. Pierre Loo, Henri Loo et André Galinowski, (1992) : « Le stress permanent », Masson, paris.
24. Querinc, valiquette.L, (2004) : « La Néphrologie et l'urologie », Edisme.
25. Servant D. (2005) : « Gestion du stress et de l'anxiété », Paris , Masson.
26. TrangerGalld Men, (2010) : « Hémodialyse quotidienne », ed Lavoisier.

Dictionnaires

27. Naudin,C , Grumbach,N. (2000) : « La Rouse médical ».
28. Quevauvillier,J.(2009) : Dictionnaire Médical.(6^{ème} ed.).Italie, édition Masson.
29. Sillamy N. (2010) : « Dictionnaire de psychologie ». Ed Larousse.
30. Yves Morin,(2002) : « Petit Larousse de la Médecine »,Paris

Revue.

31. ANAES/Service de recommandation et référence professionnel/Septembre 2002.
32. Radermacher, L, 2004, « Guide pratique d'hémodialyse ».
33. Un produit de NMH Communication,(OMS) Organisation Mondiale de la santé, Genève, 2001.

Site web.

(<http://www-sante.UJF-grenoble.Fr/sante/>).

(<http://www-santé,UHF-grenole.Fr/sante>) consulté le (15/03/2016) à 13 :45.

([http/www.Inserm.Fr/Thématique/Circulation métabolique-nutrition \(DID\)](http/www.Inserm.Fr/Thématique/Circulation métabolique-nutrition (DID))).

(<http://www.santé-UJF-grenole-Fr./Sante/>).

(<http://www.santé-UHF-grenole.Fr/santé/>) consulté le (15/03/2016 à 13/45).

Le guide d'entretien

-Information professionnelle :

Quelle est votre nom ?

Quelle âge avez-vous ?

Quelle est votre situation familiale ?

Quelle est votre niveau d'instruction ?

Quelle est votre statut professionnel ?

-Information sur la maladie(IRC) :

1-Pouvez-vous nous dire depuis quand vous avez cette maladie ?et comment elle s'est apparue ?

2- Suivez-vous un traitement ou un régime ?

3-Comment elle est votre appétit ?

4-Ressentez-vous la fatigue la plus part des temps ? Si oui pourquoi ?

5-Avez-vous remarqué un changement de vous activités quotidiennes après l'atteinte de cette maladie ?

6-Avez-vous des difficultés ? Si oui en quoi consistent elles ?

7-Trouvez-vous que c'est difficile de vivre avec cette maladie ?

8-Comment vous faites pour gérer votre maladie ?

9-Quand est ce qu'avez-vous commencé à se soigner dans ce centre ?

10-Est-ce que vous vous sentez mieux après les soins ?

Information sur le soutien social :

11-Pouvez-vous nous dire avec qui vous habitez ?et depuis quand ?

12-Pouvez-vous nous quelle est votre place dans votre famille ?

13-Parlez-nous de votre relation avec vous proches ? Et quelle est l'impacte de votre maladie sur cette relation ?

14-Quelle est la réaction de votre famille face a cette maladie ?

15- Comment votre famille se comporte elle a votre égard ?

16- Parlez nous de vos relations avec les personnes qui vous entourent ?

17- Est-ce que vous penser que vos proches essayent de vous soutenir ?

Information sur le stress :

18-Avez-vous des maux de tête et de difficulté à s'endormir ?

19-Est-ce que vous inquiète a votre état de sante ?

20-Est-ce que vous consommer de l'alcool, café, de tabac, médicament ou drogue ?Si oui de puis quand ?

21-Que reprisent pour vous cette maladie ?

22-Est-ce que vous pensée trop à votre maladie ?