



Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

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

Option : Psychologie Clinique

Thème

Le vécu psychologique des cardiopathes hospitalisés

Etude de 03 cas Réalisé au niveau de l'EPH d'AKBOU « AKLOUL ALI »

Réalisé par :

- M^{me}. ZEBLAH Lamia

-M^{lle}. TALAOUANOU Bahia

- Encadré par :

- M^{me}. ABDI Samira

Année universitaire : 2019/2020

Remerciements

Nous remercions dieu pour le courage, la patience, La force, la volonté, et la santé qui nous a donné Pour réaliser se modeste travail.

Nos remerciements et reconnaissances à notre promotrice **Madame « ABDI Samira »**.

Dont ce travail n'aurait jamais pu aboutir sans elle, nous souhaitons la transmettre l'expression de notre reconnaissance et notre plus profonde gratitude.

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

On n'oubliera pas de remercier nous familles qui nous ont toujours Encouragés et soutenus.

Nos sincères remerciements à tous le personnel du service de médecine interne de L'EPH d'AKBOU « ALOUL ALI » spécialement pour **M^{me} SAADI Ghania** pour tous leurs gentillesse, et leurs aides .

Ainsi que tous ceux qui ont aidé de près ou de loin à la réalisation de ce travail, trouvant l'expression de notre profond sympa.

Un grand « Merci »

Dédicace

Ces avec une pensée pleine de reconnaissance que je dédie ce modeste travail :

A mes très chers parents que j'aime : je vous offre aujourd'hui cette pensée pour vous assurer l'importance que vous évoquez à mes yeux la place unique que vous occupez dans ma vie, aux sacrifices que vous vous êtes donnés pour moi j'espère être à la hauteur de vos pensées, que vous serez à jamais fiers de moi. Je vous souhaite affectueusement une longue et heureuse vie avec nous. Que dieu vous bénisse.

A mes chère sœurs, **YASSMINA** et ma jumelle **ZINA** je vous souhaite une vie florissante ,ainsi à mes chère frères **SOFIANE** et **FARID**, et leurs épouses, a mes chères cousines et cousins .

A ma binôme Bahia et mon amie Safia je vous souhaite que du bonheur dans votre vie est de la joie avec votre famille.

A ma promotrice « **ABDI SAMIRA** ».

A toute mes amis(es) les plus proches et les plus loin et tout ma famille.

A tout ce que je pense très fort

LAMIA

Dédicace

Ces avec une pensée pleine de reconnaissance que je dédie ce modeste travail :

A mes très chers parents que j'aime : je vous offre aujourd'hui cette pensée pour vous assurer l'importance que vous évoquez à mes yeux la place unique que vous occupez dans ma vie, aux sacrifices que vous vous êtes donnés pour moi j'espère être à la hauteur de vos pensées, que vous serez à jamais fiers de moi. Je vous souhaite affectueusement une longue et heureuse vie avec nous. Que dieu vous bénisse.

A mes **GRANDS PARENTS** et ma chère **MAMANS**, A mes cher frère, **SAID** et **SOFIANE** je vous souhaite une vie florissante, ainsi à mes cher oncles **OMAR** et **FARID** et **ZAHIR** et leurs épouse

Que de bonheur et de réussite pour vous.

A ma binôme je le souhaite que de bonheur dans ça vie est de la joie avec ça famille.

A ma promotrice « **ABDI SAMIRA** ».

A toute mes amis(es) les plus proches et les plus loin et tout ma famille.

A tout ce que je pense très fort

BAHIA

Table des matières

Tableaux et abréviations.....page 01

Introduction.....page 05

Partie théorique

Problématique et formulation des hypothèses

1. Problématique.....page 09

2. Hypothèse de la recherche.....page 14

3. Les objectifs de la recherchepage 14

4. Cadre référentiel.....page 15

5. Opérationnalisation des concepts.....page 15

Chapitre I : Le vécu psychologique

A- La dépression

Préambule

1. Aperçu historiquepage 18

2. Définition de la dépressionpage 19

2.1- Selon le grand dictionnaire de la psychologie.....page 19

2.2- Selon le dictionnaire de la psychologie.....page 19

2.3- Selon Larousse médicale.....page 19

3. L'épidémiologie.....page 20

4. Les Symptômes de la dépressionpage 20

4.1-Les signes somatiques associés.....page 20

4.2-Les signes psychologie.....page 21

5. Critère diagnostique de la dépressionpage 24

6. Les différentes formes de la dépressionpage 25

6.1- La dysthymie.....page 25

6.2- Les épisodes dépressifs récurrents	page 26
6.3- La dépression unipolaire.....	page 26
6.4- La dépression bipolaire.....	page 26
6.5- La mélancolie.....	page 27
7. Les théories de la dépression	page 27
7.1- Le point de vue ethno-psychiatrique.....	page 27
7.2- Les théories biologiques	page 27
7.3- Les théories psychanalytiques.....	page 27
7.4- Les théories cognitives- comportementale.....	page 28
8. Les facteurs de la dépression	page 29
8.1- Les facteurs biologiques.....	page 29
8.2- Les facteurs psychologiques.....	page 29
8.3- Les facteurs liés à l'environnement social ou familial	page 29
9. Traitement de la dépression.....	page 30
10. La dépression et maladies cardiaques	page 32

B/ Le stress :

Préambule

1. Définition du stress	page 34
1.1- Définition étymologiquement du stress	page 35
1.2- Définition physique du stress.....	page 35
1.3- Définition biologique du stress.....	page 35
1.4- Définition psychologique du stress.....	page 35
2. Les types du stress	page 36
2.1- Le stress aigu	page 36
2.2- Le stress aigu répète.....	page 36
2.3- Le stress chronique	page 36

3. Les symptômes et signes du stress	page 37
3.1- Les symptômes cognitifs	page 37
3.2- Les symptômes émotionnels	page 37
3.3- Les symptômes physiques	page 37
3.4- Les symptômes comportementaux.....	page 37
4. Les étapes du stress	page 38
4.1- La phase d'alarme.....	page 38
4.2- La phase de la résistance	page 38
4.3- La phase d'épuisement.....	page 38
5. Les modèles théoriques du stress	page 38
5.1- Les théories biologique ou physiologique	page 39
5.2- Le model cognitive de Kelly.....	page 39
5.3- Le model de Beck.....	page 39
5.4- Les théories transactionnelles.....	page 40
6. Les facteurs du stress	page 41
6.1- Les facteurs liés à la personne elle –même	page 41
6.2- Les facteurs psychologies.....	page 41
7. Les conséquences du stress	page 41
7.1- Conséquence physiologique du stress.....	page 41
7.2- Conséquence psychologique du stress.....	page 42
8. Les effets du stress	page 42
8.1- Les effets du stress sur le corps	page 42
8.2- Les effets du stress sur les pensés et émotions	page 42
8.3- Les effets du stress sur les comportements	page 42
9. Traitement du stress	page 43
10. Incidence du stress sur les maladies cardio-vasculaires	page 44
Conclusion.....	page 45

Chapitre II : Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathie

Préambule

I/ Le cœur

1. L'endocarde.....page 47
2. Myocarde.....page 47
 - a) Histologiquementpage 48
 - b) Physiologiquement.....page 48
3. Péricarde.....page 48

A/ L'anatomie du cœur

1. Généralité

- 1.1- vue de basepage 50
- 1.2-vue inférieure du cœurpage 51
2. Configuration intérieure du cœurpage 51
 - 2.1- Coupe horizontale du cœurpage 52
 - 2.2- Coupe verticalement du cœurpage 52
3. Les gros vaisseauxpage 53
 - 3.1- Les artères pulmonaires.....page 53
 - 3.2- Les capillairespage 55
 - 3.3- Les veinespage 55
 - 3.4- Histologie des vaisseauxpage 56
- 4 .La circulation lymphatiquepage 55

B/ Physiologie du cœur

1. Fonctionnement cardiaquepage 58
 - a- Le débit sanguinpage 59
 - b- Le volume d'éjection systolique.....page 60
 - c- Pré charge et poste chargepage 61
 - d- Adaptation à l'effort.....page 61

e-Mécanisme régulateur.....page 61

II / Cardiopathies

1. Les facteurs de risques de la cardiopathie	page 62
1.1- Les facteurs de risques non modifiables.....	page 62
1.2- Les facteurs de risques modifiables	page 62
2. Les risques cardio-vasculaires globaux.....	page 64
3. Les principales complications de la cardiopathie.....	page 65
3.1- Cardiopathie congénitale	page 65
3.2- Shunts gauche/droit	page 65
3.3- Hypertension artérielle pulmonaire	page 65
3.4- Cardiopathie cyanogènes	page 65
3.5- Cardiopathie valvulaires	page 65
3.6- Coarctation de l'aorte.....	page 66
3.7- Cardiopathie ischémique	page 66
4. Les symptômes de la maladie cardiovasculaires	page 66
5. Le traitement de la maladie cardiovasculaire.....	page 67
6. Les facteurs d'apparition de trouble du rythme	page 67
7. Les arythmies.....	page 67
8.- Le stimulateur cardiaque (pacemaker).....	page 68
8.1- Indication de stimulation dans les troubles de conduction	page 69
8.2- Modalités de la stimulation cardiaque	page 69
8.3- Les composantes du stimulateur cardiaque	page 70
8.4- Les caractéristique du stimulateur cardiaque	page 70
8.5- Les risque de stimulateur cardiaque	page 70
8.6- La particularités de stimulateur cardiaque	page 71
8.7- Les méthodes d'implanter le stimulateur cardiaque	page 71
a- implantation endos veineuse	page 71

b- implantation péricardique.....	page 71
8.8-La préparation à la chirurgie.....	page 72
a- Préparation avant, pendant et après l'intervention	page 72
b- Préparation psychologique	page 73
Conclusion	page 74

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

1. La démarche de la recherche.....	page 78
1.1- La pré-enquête.....	page 78
2. Les méthodes utilisées.....	page 79
2.1- La méthode de la recherche.....	page 79
2.2- Etude de cas.....	page 79
3. Le groupe de la recherche et ses caractéristiques.....	page 80
4. Présentation de lieu du stage.....	page 80
5. Les outils de la recherche.....	page 81
5.1- L'entretien clinique.....	page 81
5.2- L'entretien semi-directif.....	page 82
5.3- Guide d'entretien.....	page 82
5.4- L'échelle de Beck.....	page 83
5.5- L'échelle de Cohen et Williamson	page 84
Conclusion.....	page 85

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des résultats

1. Présentation et analyse des entretiens.....	page 86
1.1. Présentation et analyse du premier cas.....	page 87
1.2. Présentation et analyse du deuxième cas.....	page 93
1.3. Présentation et analyse du troisième cas.....	page 99
2. Discussion des hypothèses.....	page 104
Conclusion	page 109

Liste bibliographie

Annex

Liste des tableaux :

N°	Titre du tableau	Page
01	Critère de diagnostique de la dépression	24
02	Signes et symptômes du stress	37
03	Les effets du stress sur le corps , nos émotions, et nos comportements	43
04	Les caractéristiques du groupe de recherche	80
05	Niveau de dépression	84
06	Présentation des résultats de l'échelle de stress du cas n°1	90
07	Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°1	91
08	Présentation des résultats de l'échelle de stress du cas n°2	94
09	Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°2	97
10	Présentation des résultats de l'échelle de stress du cas n°3	100
11	Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°3	103

Liste des abréviations :

Abréviation	Signification
AVC	Accidents vasculaires cérébrale
CIM	Classification International Médicale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
ECG	Électrocardiogramme
FC	Fréquence de battement cardiaque
HTA	Hypertension Artérielle
IC	Index Cardiaque
MCV	Maladie cardiovasculaire
OMS	Organisation Mondiale de la santé
P	Pression
PMK	Pacemaker
QC	Débit Cardiaque
RPT	La Résistances circulaire périphérique totale
SC	Stimulateur cardiaque
VES	Le volume d'éjection systolique

La liste des figures :

Figure	Titre	Page
01	Les étapes du stress	38

02	Mécanisme du stress sur le cœur	45
03	La structure interne du cœur	48
04	L'anatomie du cœur	49
05	Vue crâniale des orifices mitraux	50
06	L'intérieure du cœur	51
07	Les gros vaisseaux du cœur	53
08	Artères = artérioles et enfin qui aboutissent aux alvéoles pulmonaires.	54
09	Les capillaires	55
10	Les vaisseaux	56
11	La circulation sanguine dans le cœur	57
12	La physiologie du cœur	58
13	Fonctionnement cardiaque	59
14	Loi de Starling	60
15	Électrocardiogrammes	68
16	Stimulateur cardiaque	69
17	Un Pacemaker	71

Introduction

Introduction :

L'être humain est exposé à plusieurs maladies, L'événement extérieur n'est alors que le déclencheur qui conduit à l'obturation complète du vaisseau sténosé (rétréci), Nettement plus rare est ce que l'on appelle la cardiomyopathie de stress.

On dit aussi maladie de Takotsubo ou syndrome du cœur brisé. Il s'agit d'une réaction de stress aiguë grave dans laquelle les hormones de stress secrétées portent atteinte au muscle cardiaque. Les symptômes ressemblent à ceux d'un infarctus du myocarde, mais sans les rétrécissements typiques des artères coronaires.

La maladie cardiaque est un problème de Santé publique, qui est l'incapacité de cœur à assurer dans les conditions normales le débit sanguin nécessaire aux besoins métaboliques et fonctionnels de différents organes (OMS, 2010).

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde: il meurt chaque année plus de personnes en raison de maladies cardio-vasculaires que de toute autre cause.

Les personnes souffrant de maladies cardiovasculaires ou exposées à un risque élevé de maladies cardiovasculaires (du fait de la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque comme l'hypertension, le diabète, l'hyperlipidémie ou une maladie déjà installée) nécessitent une détection précoce et une prise en charge comprenant soutien psychologique et médicaments, selon les besoins.(organisation mondiale de la santé).

Aujourd'hui, la réparation cardiaque après une crise cardiaque, à stimulation cardiaque consiste en la délivrance d'impulsions électriques de faible intensité au muscle cardiaque par un stimulateur cardiaque implantable ou pacemaker, associé à une ou plusieurs sondes. Plus de 600.000 stimulateurs électroniques sont ainsi implantés chaque année dans le monde pour parvenir à contrôler les rythmes cardiaques anormaux.

Partant du principe que toute maladie a des manifestations psychologiques multiples, il est donc essentiel d'évoquer des facteurs psychiques, le stress et la dépression. En effet, en situation de stress, l'organisme produit des hormones de stress. La fréquence cardiaque (le pouls) et la tension artérielle s'élèvent, la respiration s'accélère et le métabolisme s'intensifie. Ces réactions d'urgence préparent le corps à la fuite ou à l'attaque, ou nous permettent de nous concentrer à 100% sur une tâche particulière, dépression ;Dépressions, épuisement (burn-out).

Afin d'éprouver nos hypothèses, il est question d'étudier le parcours des cardiopathies qui portent un pacemaker au cours de notre recherche qui été effectué au niveau de l'établissement public hospitalier D'Akbou , l'approche psychosomatique et l'approche cognitive-comportementale était le cadre référentiel à notre étude qui avait porté sur trois cas dont deux homme et une femme.

A ce sujet on souhaite de mener un travail de recherche chez les patients souffrant psychologiquement et qui présentant le stress et dépression, intitulé « le vécu psychologique chez les cardiopathes hospitalisé » .

Afin de bien mené cette étude, on s'est référé a un plan de travaille que nous avons devisé en deux parties, une partie théorique qui comporte deux chapitres.

Dans le premier on présente le stress et la dépression qui comprend tous les concepts ayant un rapport avec ses deux variables, à savoir les définitions, les types, les théories, les étapes, les facteurs, les symptômes, et les conséquences de stress et la dépression et leurs effets sur la maladie cardio-vasculaire, ainsi les traitements liée aux phénomènes là.

Le deuxième chapitre réservé à « l'aspect médical, aspect technique et aspect psychologique de la maladie cardiaque , et du stimulateur cardiaque ». Il est réservé à la présentation de la définition du cœur , ses fonctions, les facteurs de la maladie cardio-vasculaire ,ainsi que ses types et ses causes et son traitement, y compris l'aspect technique et l'aspect psychologique.

Quand a la deuxième partie du plan est réservé à l'aspect pratique de notre recherche. Le troisième qui est la méthodologie de recherche, il contient la méthode utilisée dans notre recherche, la prés-en quête, les lieux de recherche dont nous avons effectué notre stage pratique et l'échelle du stress perçu de Cohen et Williamson et l'échelle de dépression de Beck BDI-II, ainsi les entretiens cliniques.

Le quatrième chapitre est réservé a la présentation et analyse de l'échelle du stress perçu de Cohen et Williamson et l'échelle de dépression de Beck BDI-II ainsi les entretiens cliniques effectués sur notre groupe de recherche c as par cas.

Enfin nous avons achevé notre étude à une conclusion suivie d'une liste bibliographique et des annexes.

Partie théorique

Problématique et Formulation des Hypothèses

Problématique et Formulation des Hypothèses

1-La problématique :

Etre en bonne santé ,c'est être en bon état physiologique , et avoir un bon fonctionnement de l'organisme . Selon Henri –Frédérique Amiel « Santé ,c'est un esprit sain dans un corps sain ».

Selon l'organisation international de la santé à définit la santé comme suit « comme un état de bien être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacité de se réalisé, de surmonter les tentions normal de la vie » sur ce dicton on peut réaliser qu'être en bonne santé mentale, ne consiste pas à ne pas avoir une maladie, l'être humain est destiné à faire face aux maladies qui pénètrent l'organisme de l'être vivant, et qui va créer un déséquilibre de la prévention du Corps humain .

En effet, les maladies qui affectent l'organisme d'un être humain. Les maladies chroniques et ce sont des maladies a longue durée évolutif, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves.tel que des maladies , cardio-vasculaires : cette dernière qui est une pathologie qui touche le cœur et les vaisseaux sanguins. Il s'agit de la première cause de mortalité au monde.

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont des maladies qui touchent le cœur ; est l'organe principal de la cardiologie ,Il a de nombreuses caractéristiques anatomiques comme les atriums, les ventricules, et les valves cardiaques ,et qui touchent aussi les vaisseaux, Les constituants du sang participent à leur développement. Diverses atteintes du cœur peuvent entraîner une défaillance fonctionnelle donnant une insuffisance cardiaque (IC).

L'Insuffisance cardiaque est un syndrome clinique caractérisé par des symptômes typiques (dyspnée et asthénie), éventuellement accompagnés de signes cliniques (turgescence des veines jugulaires, râles crépitant pulmonaires et œdèmes périphériques) causés par une anomalie de la structure ou de la fonction cardiaque à l'origine d'une diminution du débit cardiaque, et d'une élévation de la pression intracardiaque au repos ou à l'effort (Ponikowski et al., 2016). L'insuffisance cardiaque traduit donc l'incapacité du muscle cardiaque à assurer normalement son rôle de pompe aspirante et refoulant du sang dans l'organisme.

Cette défaillance résulte le plus souvent d'une anomalie du myocarde à l'origine d'une dysfonction diastolique ou systolique, mais peut également révéler des anomalies valvulaires, péricardiques, endocardiques ou du rythme, C'est un problème de santé grave qui se traduit, entre autres, par un essoufflement et une fatigue disproportionnés par rapport à l'effort produit.(Salimanou Ariyoh AMIDOU | Thèse de doctorat | Université de Limoges | 2018).

Par ailleurs, L'insuffisance cardiaque peut survenir à tout âge, même chez les jeunes enfants (notamment ceux atteints d'une malformation cardiaque congénitale). Cependant, elle est bien plus fréquente chez les personnes âgées, car ces dernières sont plus susceptibles de présenter des troubles qui prédisposent à l'insuffisance cardiaque (comme une maladie des artères coronaires, qui endommage le muscle cardiaque) ou des troubles des valves cardiaques. Les changements liés à l'âge dans le cœur tendent également à réduire l'efficacité du travail du cœur.

Problématique et Formulation des Hypothèses

Environ 6,5 millions de personnes sont atteintes d'insuffisance cardiaque aux États-Unis et environ 960 000 nouveaux cas sont détectés chaque année. Environ 26 millions de personnes sont affectées à l'échelle mondiale. Cette maladie deviendra probablement de plus en plus fréquente, car l'espérance de vie est plus longue et, dans certains pays, certains facteurs de risque de maladies cardiaques (comme l'obésité, le diabète, le tabagisme et l'hypertension artérielle) touchent un plus grand nombre de personnes.

L'insuffisance cardiaque ne signifie pas que le cœur s'est arrêté. Elle signifie que le cœur ne peut pas effectuer le travail requis pour pomper une quantité adéquate de sang dans toutes les parties du corps (sa charge de travail). (Par Sanjiv J. Shah , MD, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Dernière modification du contenu juil. 2018).

Elle survient généralement chez des individus dont la santé est fragilisée depuis plusieurs années par des troubles cardiaques ou respiratoires ou par de l'hyper Le nombre de cas d'insuffisance cardiaque a augmenté au cours des 30 dernières années. Parmi les raisons de cette augmentation, il y a l'amélioration des traitements des troubles cardiaques et le prolongement de l'espérance de vie des personnes atteintes, l'insuffisance cardiaque est une cause importante de mortalité chez les personnes âgées.

Cependant, malgré les progrès , l'évolution ainsi l'importance de l'information des médecins beaucoup de maladie n'échappent malheureusement à la mort ,un qui ne cesse d'augmenter. D'après L'OMS , Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont aujourd'hui la première cause de mortalité dans le monde, En 2015, elles étaient responsables de 17,7 millions de décès, soit près d'un décès sur trois survenu dans le monde cette année-là. Plus des trois quarts des décès liés aux MCV et 82% des décès précoces avant l'âge de 70 ans interviennent dans des pays à revenus faibles et intermédiaires (OMS, 2017b).

En Algérie, les maladies cardiovasculaires atteignent le taux de 46,2% arrivant en tête des maladies non-transmissibles. Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité en Algérie et tuent deux fois plus que le cancer et le diabète respectivement avec un taux de 10 et 8%. (Journal Maghrébine, Première Cause De Mortalité En Algérie, , 2016 Yazid Ferhat).

Le 20 eme congrès international de la Société algérienne de cardiologie, le professeur Naïma Hammoudi, présidente de la Société algérienne de cardiologie (SAC) a indiqué qu'«en Algérie 41% des décès sont provoqués chaque année par des maladies cardiovasculaires ». (Journal Maghrébine, Première Cause De Mortalité En Algérie, , 2016 Yazid Ferhat).

Parmi les principales complications de l'insuffisance cardiaque ,les troubles qui affectent le système de conduction électrique du cœur et provoquent un trouble du rythme cardiaque (arythmies) qui sont des séquences de battements cardiaques irréguliers , trop rapides ou trop lents, ou transmis via une voie de conduction anormale à travers le cœur.

Problématique et Formulation des Hypothèses

Votre cœur est un muscle qui pompe le sang pour l'envoyer dans l'ensemble du corps. Votre fréquence cardiaque est la rapidité à laquelle votre cœur bat. Votre cœur doit toujours battre de façon régulière et rythmique, comme le tic-tac d'une horloge.

En effet, Le cœur est un organe musculaire constitué de quatre cavités organisées pour fonctionner ensemble de façon efficace, fiable et constante tout au long de la vie. Les parois musculaires de chaque cavité se contractent régulièrement, pompent le sang en fonction des besoins de l'organisme, en utilisant aussi peu d'énergie que possible à chaque contraction.

Et que la contraction des fibres musculaires cardiaques est contrôlée par les impulsions électriques qui traversent le cœur de manière spécifique, le long de voies distinctes et à une vitesse contrôlée. Le courant électrique à l'origine de chaque battement cardiaque provient du stimulateur cardiaque (appelé nœud sinusal ou sino auriculaire), situé dans la partie supérieure de la cavité cardiaque supérieure droite (oreillette droite). Le rythme de décharge électrique du stimulateur cardiaque détermine le rythme cardiaque. Ce rythme est influencé par des impulsions nerveuses et par les taux de certaines hormones dans la circulation sanguine Le rythme cardiaque est régulé automatiquement par le système nerveux autonome, qui est constitué par les systèmes sympathique et parasympathique.

Chez l'adulte au repos, le rythme cardiaque normal est généralement de 60 à 100 battements par minute. Cependant, chez les jeunes adultes, des rythmes cardiaques plus faibles peuvent être normaux, en particulier chez ceux qui sont en bonne condition physique. Le rythme cardiaque d'une personne varie normalement en réponse à l'exercice et à des stimuli comme la douleur et la colère. Le rythme cardiaque n'est considéré anormal que si son rythme est anormalement élevé (tachycardie), lent (bradycardie) ou irrégulier, ou quand les impulsions électriques empruntent des voies anormales. (L. Brent Mitchell , MD, Libin Cardiovascular Institute of Alberta, University of Calgary Dernière modification du contenu juil. 2019).

Par ailleurs, dans notre recherche on s'intéresse au rythme lent « bradycardie » que les cardiologues effectuent à partir d'un L'électrocardiographie (ECG) qui est la principale méthode de diagnostic utilisée pour dépister les arythmies et en déterminer la cause. Elle fournit une représentation graphique de l'impulsion électrique qui produit chaque battement.

Lorsque l'impulsion électrique a des difficultés à se propager, cela peut entraîner un ralentissement excessif du rythme cardiaque, la bradycardie, cette faible cadence cardiaque peut empêcher une bonne irrigation cérébrale et causer, fatigue, essoufflement, vertiges et, parfois une perte brutale de connaissance.

Cependant, il existe plusieurs traitements pour une « bradycardie » comme les Médicaments anti arythmiques, généralement lorsque la fréquence cardiaque est rapide, la Délivrance d'un choc électrique, généralement lorsque la fréquence cardiaque est rapide, et la Stimulation, généralement lorsque la fréquence cardiaque est lente. Cette dernière c'est celle qui nous intéresse dans notre recherche.

Problématique et Formulation des Hypothèses

Les stimulateurs cardiaques artificiels ou le « pacemaker » sont des appareils électroniques qui fonctionnent à la place du propre stimulateur cardiaque du cœur, le nœud sino-auriculaire. Ces dispositifs sont implantés chirurgicalement sous la peau, généralement sous la clavicule droite ou gauche. Ils sont reliés au cœur par des fils (électrodes) qui cheminent à l'intérieur d'une veine. Les conceptions de circuit et de pile à faible consommation d'énergie actuelles permettent à ces dispositifs de fonctionner pendant 10 à 15 ans. (Dr Jacques Mansourati cardiologie ·La Fédération Française de Cardiologie, troubles du rythme,).

La maladie chronique est en effet à l'origine d'une série de réactions qui peuvent être cognitives, émotionnelles et comportementales. Le patient subit un véritable traumatisme psychique avec l'annonce du diagnostic d'une maladie cardio-vasculaire. La détresse émotionnelle qui s'en suit et se traduit en terme d'anxiété, de stress et de dépression , peut donc être provoquée par différents facteurs.

D'abord, Le stress joue sur le psychisme et le moteur, l'être humaine vit dans un état permanente de stress ; il est stimulateur , selon Claude Bernard « le stress physiologique est nécessaire au rythme biologique, à la fixité du milieu intérieure » par conséquent la privation de stimulus ou l'absence de stress serait la mort. (Loo, 2003.)

Le stress est une réaction d'alarme de l'organisme qui se déclenche dans certain situation aperçue, à tort ou à raison comme potentiellement menaçantes pour son équilibre interne, cette réaction se manifeste par une série de modification physiologique qui préparent l'organisme à affronter cette menace par la confrontation ou par la fuite ; sécrétion d'adrénaline, augmente du tonus musculaire, accélération du rythme respiratoire ralentissement des fonctions digestive, attention soutenue, mobilisation des fonctions intellectuel.(Estelle Coudry ,2013 ,p.5.)

Dans la situation de stress le rythme respiratoire s'accélère, fournissent ainsi plus d'oxygène à l'organisme, le rythme cardiaque augmente, favorisant les diverse métabolismes, les rythmes cérébraux deviennent plus rapides, les muscles sont stimulés par un rapport accru d'oxygène et de sucre, et les défenses immunitaire deviennent plus active.

Le stress est déclenché par des facteurs extérieurs indépendants de notre volonté et difficiles à maîtriser, comme la maladie d'un proche, des problèmes liés à une situation précaire, etc. Il est cependant possible d'agir de manière plus concrète sur les autres facteurs de risque cardio-vasculaire (arrêt du tabac, activité physique régulière, alimentation équilibrée, etc.) qui pourront aider à réguler le stress, un cercle vertueux. (Le stress, facteur majeur de risque cardio-vasculaire) .

Ensuite ,la dépression, qui est un cercle vicieux qui s'installe, souvent chez certain patient, ils sont au courant de la gravite de leur maladie, et qu'il ne sera pas guéri, ce qui va être la source d'un malaise psychologique ; une humeur perturbée, dégoût de la vie, morosité.....etc. Cette situation résulte de l'épuisement physique et psychique .

La dépression ; regroupe un ensemble de manifestations cliniques principalement caractérisées par une humeur triste et/ou un désintérêt pour la plupart des activités du

Problématique et Formulation des Hypothèses

quotidien, notamment celles perçues auparavant comme agréables et plaisantes. Parmi les affects négatifs, la dépression est celui qui est le plus fréquemment rencontré au cours des pathologies cardiovasculaires, même si elle est rarement typique. (A. Cohen-Solal, 2007,p.22).

La dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. (Postel, 1992, p.206).

Cependant , elle est la pathologie psychiatrique la plus fréquente. Elle touche 7% de la population. Le risque majeur est le suicide, il touche 15% des patients déprimés Dans le monde, 121 millions de personnes souffrent de dépression. En 2020, la dépression sera devenue la première cause mondiale d'invalidité, les maladies cardiovasculaires, tous âges et sexes confondus, selon des projections de l'organisation mondiale de la sante. (Isabelle Lim,2014, p.33).

Depuis une vingtaine d'années , la médecine s'intéresse elle aussi à nouveau de plus en plus aux facteurs psychique, ce qui a donné naissance à une discipline médicale relativement récente :la psycho cardiologie . on sait aujourd'hui que les charges psychiques représentent un facteur de risque de maladies cardio-vasculaires tout sérieux que le tabagisme, des taux de cholestérol défavorables ou une hypertension artérielle.

Inversement , les maladies de cœur déclenchent souvent des troubles anxieux de stress et de la dépression , qui ont à leur tour un effet négatif sur la santé physique des personnes touchées.(Institute De Cardiologie De L'université D'ottawa, Stress, Anxiété Et Dépression).

On sait de longue date que le stress même mineur est mauvais pour notre cœur et qu'il va jusqu'à réduire de 20% notre espérance de vie. Mais cette fois, les chercheurs de l'Ecole de médecine de Harvard (Etats-Unis) viennent enfin de découvrir le lien biologique entre le stress chronique et l'infarctus. Le stress déclenche notre "mécanisme de lutte" qui consiste à envoyer une montée d'adrénaline vers le cœur afin d'augmenter le flux sanguin et permettre au corps de se battre ou de courir lorsqu'il perçoit une menace.

Mais dans le même temps, ce même stress envoie des signaux à notre système immunitaire qui augmente alors la production de globules blancs. Malheureusement, cet afflux régulier de leucocytes provoque une inflammation des artères qui peut se révéler redoutable si les artères sont déjà en partie bouchées (ce qu'on appelle l'athérosclérose). En effet, lorsque des artères endommagées doivent faire face à une inflammation, cela peut provoquer des lésions et libérer des caillots dans le sang, qui à leur tour, vont provoquer une crise cardiaque.(Parcatherinecordonnierle24 Juin2014,On A Découvert Pourquoi Le Stress Abime Le Cœur, Top Santé).

Les maladies cardio-vasculaires ne sont pas seulement les conséquences typiques du stress et des dépressions, elles peuvent aussi de leur côté engendrer des dépressions et des peurs. Environ une personne sur cinq soignées à l'hôpital pour infarctus du myocarde est ensuite

Problématique et Formulation des Hypothèses

touchée par une dépression ou un trouble anxieux et a besoin de soins. Si l'on compte aussi les formes plus légères d'états dépressifs et d'inquiétudes, ce sont 40 à 60% des patients qui sont concernés. De même, les personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque sévère (faiblesse du muscle cardiaque), ayant subi une opération du cœur (pontage) ou une attaque cérébrale peuvent manifester des troubles dépressifs. De même pour les personnes qui ont survécu à des troubles du rythme cardiaque mettant en jeu leur pronostic vital (fibrillation ventriculaire): à la peur de mourir s'ajoute chez elles la crainte d'un éventuel choc électrique délivré par leur défibrillateur implantable. (Fondation Suisse de Cardiologie, Cœur et psychisme Brochure d'information à l'intention du patient, décembre 2018).

Cependant, L'acceptation de l'implantation d'un stimulateur cardiaque, tout comme l'adhésion aux traitements médicamenteux, est rendue plus difficile par la présence fréquente de dépression et d'anxiété chez ces patients. Quarante-huit pour cent des patients souffrant d'insuffisance cardiaque répondent au critère de la dépression à l'inventaire de la dépression de Beck (Sears, Stutts, Aranda, Handbert et Conti, 2006).

La dépression a un impact sur le cœur directement à travers la modification des niveaux de catécholamine et par une augmentation de l'activité hypothalamique pituitaire. Elle l'influence également par des changements comportementaux tels que le manque d'exercice, une faible capacité de profiter du soutien social et des facteurs alimentaires.

Par ailleurs, Les désordres psychologiques sont associés à un plus haut taux de mortalité pour des problèmes cardiaques (Irvine et coll., 2010). Environ le quart des patients ayant une coronaropathie rapporte une détresse psychologique. De 24 % à 87 % des patients rapportent une augmentation du niveau d'anxiété après l'implantation d'un stimulateur cardiaque et de 13 % à 38 % de ces patients rapportent des symptômes de trouble anxieux (Sears, Stutts, Aranda, Handbert et Conti, 2006).

2-Les Hypothèses :

A partir de ce qu'on a énoncé ci- dessus , nos questions sont formuler de la manier suivante :
-Quel est l'impact de la cardiopathie sur le vécu psychologique des patients , notamment le stress et la dépression ?.

Hypothèse Générale :

Afin de répondre à la question posée dans cette recherche nous avons formulé une hypothèse qui nous facilitera le chemin de l'enquête qui est comme suit :

- ❖ Les patients cardiopathies hospitalisés après une intervention chirurgicale de l'implantation d'un stimulateur cardiaque « PACEMAKER »se manifestent par le stress et la dépression.

Hypothèse partielle :

- ❖ L'état du stress chez les patients subis le stimulateur cardiaque « pacemaker »est manifesté a divers degré.

Problématique et Formulation des Hypothèses

- ❖ les patients subis le stimulateur cardiaque « pacemaker » présente une dépression sévère .

3-L'objectifs de notre recherche :

Ce travail qui porte sur le stress et la dépression chez les cardiopathies hospitalisée atteints D'une bradycardie et qui ont subis une implantation d'un stimulateur cardiaque . Réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique.

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

- Rendre compte de la diversité des sentiments éprouvés par les cardiopathies afin d'avoir une connaissance plus complète de cette intervention à travers l'analyse des entretiens cliniques.
- Comprendre et analyser les sentiments des patients par des tests psychologique.
- Connaitre l'influence du stimulateur cardiaque sur l'état psychologique des patients.
- savoir à quelle point le « pacemaker » peut causer des obstacles , des difficultés aux quotidien et Découvrir la gravité de leurs situation .
- Reconnaitre à quel point la maladie cardiaque influe sur l'apparition de la dépression et du stress .

4. Le cadre référentiel :

Ainsi , pour évaluer notre recherche «le vécu psychologique des cardiopathies hospitalisée » et vérifier nos hypothèses , nous avons fait le choix d'adopter un guide d'entretien et opté un cadre référentiel ; l'approche cognitive comportementale (ACC)et l'approche psychosomatique parce qu'elle nous permet de détecter la dépression et le stress chez les cardiopathies après une implantation d'un « pacemaker », c'est une méthode efficace pour les troubles en utilisant l'échelle de BDI-II qui permet de détecter le degré de la dépression et savoir a quel point le « pacemaker» provoque le trouble de la dépression, et en utilisant l'échelle de Cohen et Williamson,(1988, Lee, 2012) le PSS10, qui permet de détecter le degré du stress et savoir a quel point le « pacemaker » provoque un stress, afin d'analyser les résultats de notre recherche.

5-Définitions et opérationnalisations des concepts :

5.7-Opérationnalisation du concept :

Le « pacemaker » est un boîtier étanche en titane contenant une pile, des circuits électroniques ; il est placé sous la peau, relié à une ou deux sondes (électrodes) dont les extrémités sont positionnées dans les cavités cardiaque.il fonctionne de manière autonome et surveille en permanence le rythme du cœur . en cas de besoin , le boîtier va immédiatement envoyer une impulsion électrique permettant de prendre le relais

Chapitre I

Le vécu psychologique

A-Dépression

Préambule :

Ce chapitre sera consacré pour deux présentations, de l'un des troubles de l'humeur le plus fréquents chez les gens, qui est la dépression. Malgré l'avancée scientifique la dépression reste l'une des maladies les plus fréquentes dans notre société, suite à des difficultés au travail, ou a des maladies somatiques, le découragement, perte d'emploi, échec dans les études, tristesse, perte d'un être cherEtc .

La dépression est sûrement le facteur psychosocial le plus étudié dans la littérature. Pour les études investiguant sur la valeur prédictive de la dépression chez les patients insuffisants cardiaques, l'ampleur de l'effet se situe entre 1,6 et 2,2, en fonction de la pathologie cardiaque sous jacente, la durée de l'étude, la définition du pronostic, les méthodes de mesure de la dépression, et les variables contrôlées .

Une méta-analyse montre que la dépression est associée à un risque d'AVC accru de 1,3 fois, après ajustement des autres facteurs, alors qu'une autre méta-analyse, 62 investiguant sur les patients insuffisants cardiaques, retrouve un risque de mortalité et d'événements secondaires accru de 2,1 fois .

symptômes cardiaques, et se manifeste d'ailleurs plus souvent par des symptômes somatiques – comme une fatigabilité, des difficultés à aller jusqu'au bout de ses tâches, des plaintes variées (“malaises”...) – que par des symptômes cognitifs – comme la perte d'intérêt, le déplaisir, la culpabilité, etc. Pour détecter la dépression, il faut savoir ne pas interpréter ces symptômes somatiques seulement sous l'angle “cardiologique”, surtout s'ils sont discordants avec les autres éléments d'évaluation de la maladie cardiaque.

L'association d'une dépression avec la survenue d'événements cardiovasculaires graves commence à être connue des cardiologues. C'est surtout vrai en ce qui concerne les cardiopathies ischémiques, résultats de très nombreuses publications ces dix dernières années, en particulier dans le contexte des syndromes coronariens aigus. La prévalence et l'impact d'une dépression clinique ou seulement infra clinique et méconnue chez les patients insuffisants cardiaques sont au contraire encore assez mal connus, alors qu'une dégressivité interfère potentiellement davantage avec la prise en charge de ces patients.

Au-delà des données factuelles que nous allons rappeler et qui apportent des arguments en faveur d'un lien entre dépression et insuffisance cardiaque, la question de la signification de cette association devient d'un intérêt majeur, conditionnant la direction que prendront les travaux futurs et la prise en charge de cette “comorbidité”.

1 .Aperçu historique :

Pendant deux millénaires et demi, le concept hippocratique de mélancolie a été utilisé en médecine. L'excès de bile noire (kholia : bile ; mélano : noire), sécrétée par la rate, était considéré comme la cause de diverses pathologies telles que l'épilepsie, les maladies de la peau et l'état dépressif. « Lorsque tristesse et anxiété persistent, c'est une mélancolie »

(aphorisme VI). Le traitement fut longtemps représenté par l'hellébore et le « dégorgeant de la râtelles » (Rabelais). À partir des XVII^e et XVIII^e siècles, cette interprétation a laissé place à des explications iatrochimiques puis nerveuses et enfin psychiatriques.

Dans la seconde partie du XIX^e siècle, les chercheurs ont introduit le mot «dépression» issu de l'économie et de la médecine, signifiant abaissement fonctionnel, physiologique et psychologique. Il a progressivement été utilisé comme synonyme du mot « mélancolie » (ou « lypémanie ») et a fini par le remplacer totalement, comme en témoigne la CIM-10 de l'OMS. Le concept de mélancolie est désormais laissé aux artistes, aux littérateurs, aux psychanalystes et même aux philosophes, comme le souhaitait Esquirol, qui avait vainement tenté d'imposer le modèle de la « lypémanie » (monomanie triste), comme l'Américain John Rush avait proposé celui de la « tristimanie » (Bourgeois, 2006, p.28).

2. Définition de la dépression :

La dépression pourrait se définir comme une baisse considérable de sentiment de valeur personnelle et par la douloureuse prise de conscience du ralentissement des opérations mentales psychomotrices et organiques (Kleftaras.G. 2004, P 20).

La dépression ne désigne pas un simple coup de déprime ou une tristesse passagère, mais une véritable maladie psychique. Elle se caractérise par des perturbations de l'humeur. L'humeur dépressive entraîne une vision pessimiste du monde et de soi-même. Elle se manifeste en quasi permanence pendant plus de deux semaines et retentit de manière importante sur la vie quotidienne.

2.1-Selon le grand dictionnaire de la psychologie :

La dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur.

S'accompagnant parfois d'anxiété, la dépression entretient chez les patients une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations délirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, P25).

2.2-Selon le dictionnaire de la psychanalyse :

La dépression modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance morale corrélative d'un désinvestissement de toute activité. (Roland Ch. 2003. P, 91).

Donc, elle résulte un découragement, un pessimisme et des échecs accusation.

2.3-Selon Larousse médicale :

État pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité psychomotrice et un désintérêt intellectuel. Dans son usage familial, le terme de dépression peut recouvrir des états divers allant du simple passage à vide à des troubles psychiatriques plus sévères. (Yves. M et cool, 2006, p282).

3. L'épidémiologie :

L'épidémiologie montre qu'il s'agit d'une affection fréquente dont la prévalence (le nombre total de cas diagnostiqués dans une période donnée) sur une période de six mois est de 6% dans la population générale. Elle est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, l'un entre 20 et 30 ans, et le second entre 50 et 60 ans selon l'OMS, il existe 100 millions de déprimés dans le monde sur une période de un an. Il s'agit d'une maladie dont l'évolution est récurrente ; 50% des cas rechutent dans l'année suivant le premier épisode. (Cottraux J. 2006, P112).

4. Les symptômes :

Se sentir triste, être « déprimé », avoir des « pensées noires » ou connaître des troubles du sommeil ne signifie pas nécessairement que vous souffrez de dépression. Pour que l'on considère qu'une personne souffre d'un trouble dépressif majeur, elle doit avoir des symptômes pour la première fois ou ils doivent être nettement plus graves qu'avant l'épisode, ces symptômes doivent également être présents presque toute la journée, presque tous les jours, pendant au moins deux semaines de suite, l'épisode doit aussi être accompagné d'une détresse ou d'une altération du fonctionnement cliniquement significative.

1. Les signes somatiques associés :

Les plaintes somatiques sont fréquentes chez les déprimés, constituant parfois le seul motif de consultation. La plupart des plaintes douloureuses (céphalées, lombalgies, myalgies...) sont deux à trois fois plus fréquentes chez les patients présentant une dépression. Ces symptômes peuvent être reliés ou aggravés par la dépression.

Les principaux signes somatiques de dépression sont :

- L'asthénie, symptôme le plus fréquent et souvent le plus précoce. Sa prédominance matinale et son amélioration vespérale sont des signes fortement évocateurs d'un trouble de l'humeur sous-jacent.

• Des troubles de l'appétit :

_ Une anorexie involontaire est très fréquente avec dégoût des aliments, sensation d'oppression dans la gorge.

• Des troubles de sommeil variables :

- Sentiment d'un sommeil de mauvaise qualité et non réparateur en dépit d'un temps de sommeil habituel.

- Insomnie d'endormissement accompagnée d'une tension psychologique avec rumination

anxieuses et tension neuromusculaire rendant le repos impossible.

- Insomnie de milieu de la nuit avec sommeil entrecoupé de réveils multiples.

- Insomnie de fin de nuit, éveil en avance sur les réveils habituels du sujet : elle est très évocatrice d'un trouble dépressif. Ce réveil est classiquement douloureux et a haut risque de passage à l'acte suicidaire.

- Insomnie mixte, associant retard à l'endormissement, réveils nocturnes et en avance matinales, conduisant à un rapide épuisement.

- Hypersomnie dans 10% des cas : le patient trouve refuge dans un sommeil qui a perdu sa valeur réparatrice d'où la sensation de fatigue des réveils. Cette hypersomnie peut s'accompagner d'une somnolence diurne.

• Des troubles de la libido:

la baisse de la libido, impuissance ou frigidité.

• Des troubles digestifs :

inconfort, ballonnement abdominal, diarrhée, constipation, gastralgies...ces plaintes digestives sont souvent au premier plan.

• Des algies diverse :

céphalées, poly algie articulaires, crampes musculaires, troubles cénesthopathiques...

• Des troubles cardiovasculaires :

palpitation, bouffées vasomotrices, hypotension voire bradycardie (dans dépression dominée par le ralentissement).

L'intensité des symptômes somatiques peut fluctuer sur le nyctémère. Lorsque les symptômes physiques sont au premier plan on parle alors de dépression masquée. (Charles, S.P, 2013, p, 132).

2. Signes psychologiques :

Comme on la déjà mentionné la dépression se définit d'abord pas ses symptômes, qui sont variés et se manifestent souvent tant d'une manière psychologique qu'organique a ce niveau la nous décrirons en bref, les symptômes les plus importants des différentes entités dépressives :

- Symptômes en rapport avec les sentiments : chagrin, tristesse, angoisse, culpabilité, colère, hostilité, événement, irritabilité.

- Symptômes comportementaux : excitation, le facies est triste, la position du corps exprime le découragement. en plus ralentissement psychomoteur, pensée et discours

lent, pleurs, tentatives de suicides.

- Les symptômes qui sont en rapport avec les attitudes envers soi-même et envers l'environnement : auto-accusation, faible estime de soi, sentiment de l'lassitude, de désespoir, pessimisme, idées de mort et de suicide.
- Symptômes d'affaiblissement cognitif : diminution de l'aptitude à penser et difficultés de concentration.
- Symptômes en rapport avec les changements organiques et des ennuis (symptômes neurovégétatifs) : incapacité de vivre le plaisir, diminution de l'appétit, perturbation du sommeil, perte d'énergie, épuisement, diminution du plaisir sexuel et plaintes somatiques. (Georges.K, 2004, p, 28)

➤ **Humeur dépressive :**

La grande majorité des dépressifs mentionnent un certain degré de tristesse ou se sentent malheureux. Ceci peut varier entre une tristesse légère ou mélancolie (comme on la nomme souvent) et le profond désespoir. Souvent la personne avoue ressentir solitude, ennui, manque total d'espoir pour l'amélioration de la situation. Les dépressifs considèrent leur situation comme irréversible et peuvent pleurer souvent : en plus certains mentionnent avoir la sensation de « pleurer intérieurement »

Fréquemment, les dépressifs présentent le faciès caractéristique du dépressif : les coins de la bouche tombants, les yeux rouges et enflés par les pleurs, le regard fixe et l'expression triste. Cependant, à un stade total, certains peuvent ne pas présenter de telles caractéristiques et peuvent paraître de bonne humeur, sourire, malgré leur tristesse intérieure ou leur désespoir. Souvent même, si un seul mot (bon ou mauvais) est prononcé, leurs défenses diminuent, ils fléchissent et ils éclatent en sanglots.

➤ **Perte de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelles :**

Beaucoup de dépressifs semblent perdre la capacité de tirer satisfaction des activités qu'ils avaient l'habitude de considérer comme plaisantes comme les repas, les sorties, les amis, les sports, etc. En deux mots, rien ne leur fait plaisir, en plus, des malades dépressifs graves peuvent éprouver une « paralysie de la volonté » qui se manifeste par l'incapacité de faire la plus simple des choses, comme par exemple, de se lever. Les dépressifs mentionnent souvent que même les simples activités de routine leur paraissent insurmontables et que leur rendement est inférieur, aussi bien sur ce qu'ils attendent d'eux-mêmes, que sur ce que les autres attendent d'eux. Ces auto-appréciations ne répondent pas toujours à la réalité. Dans le langage des comportementalistes on pourrait dire que ces activités ne sont plus stimulantes et ne l'intéressent plus.

➤ **Sensation de fatigue et perte d'énergie :**

Les dépressifs se sentent souvent très fatigués. Le manque de motivation, qui les caractérise d'habitude, s'accompagne d'un manque d'énergie. Ainsi ils se plaignent de faiblesse, de douleurs et d'épuisement. Ils ont une difficulté à commencer une activité et souvent ils ne peuvent pas la terminer.

➤ **Ralentissement du discours, de la pensée et du mouvement:**

Les dépressifs parlent d'habitude très lentement, au point où souvent l'entrevue avec eux est difficile : ils tardent beaucoup à répondre aux questions qu'on leur adresse et, quand ils répondent, c'est par un mot ou avec de grandes lacunes. Ils semblent se trouver aux limites de l'épuisement et ils pensent et agissent lentement et sans spontanéité. Les mouvements du corps sont lents et les gestes moindres. Les thérapeutes souvent mentionnés qu'ils se sentent épuisés après un entretien avec un tel patient.

➤ **Changements dans l'appétit :**

Beaucoup de dépressifs n'ont pas d'appétit et perdent du poids. Ils refusent de manger ou ils mangent très peu. Même quand il s'agit de leur repas préférés. Un grand pourcentage de dépressifs, qui varie entre 70% et 80%, souffre d'anorexie accompagnée de perte de poids, petite ou grande, qui peut être même menaçante pour la vie, au contraire, un pourcentage bien moins élevé des dépressifs présente une augmentation de l'appétit et prend du poids à cause de l'accroissement de la consommation de nourriture, plus particulièrement durant la nuit .

➤ **Perturbation du sommeil :**

L'insomnie est un signe particulièrement fréquent de la dépression. La personne qui se sent souvent épuisée et qui n'a pas de difficulté à s'endormir, se lève quelques heures après et il lui est impossible de se rendormir. L'insomnie peut survenir initialement (la personne ne peut pas s'endormir), au milieu de la nuit (éveil durant la nuit et incapacité de se rendormir, et sur le mat (éveil tôt). d'habitude, l'insomnie initiale est plus liée à l'anxiété qu'à la dépression. Dans certains cas la perturbation du sommeil prend la forme d'hypersomnie, durant laquelle la personne peut dormir quinze heures par jour ou plus.

➤ **Plaintes somatiques et dysphorie:**

Souvent les dépressifs se plaignent de douleurs et de différents problèmes organiques. D'habitude ils rendent visite à plusieurs médecins pour qu'ils soulagent leurs douleurs avant de rendre visite à un psychothérapeute. Quelques-uns des problèmes les plus communs qu'ils présentent sont : des céphalées, douleurs en haut du dos et à la nuque, des crampes musculaires, nausée, vomissements, une boule à la gorge, saveur aigre, bouche sèche, miction douloureuse etc.

➤ **Excitation :**

Les dépressifs présentent parfois une agitation excessive, une tension intérieure, un énervement ou une excitation. Ils bougent constamment, ils font les cent pas, ils remuent leurs mains, ils font des mouvements brusques. Ces activités n'offrent aucun soulagement et ne font pas cesser l'état de tension.

➤ **Diminution du désir sexuel :**

La perte de l'intérêt pour l'activité sexuelle, qui pour le cas des hommes peut s'exprimer par un trouble de l'érection, est directement liée à l'épuisement. Au manque d'énergie et à la perte générale de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelles qui caractérise les dépressifs. Parfois, cependant, les problèmes sexuels peuvent être dus aux traitements médicamenteux ou à d'autres problèmes organiques ou psychogènes.

➤ **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer :**

Le processus mental et l'activité des dépressifs se ralentissent et souvent ceux-ci sont accompagnés de problèmes de la mémoire. Ils ont tendance à être indécis et avoir des difficultés de concentration. Parfois, en plus, ils ont des idées fixes, au point de présenter parfois un comportement obsessionnel.

➤ **Sentiment et pensées de dévalorisation, de faible estime de soi, d'auto-accusation, de culpabilité et de honte :**

Souvent, ces symptômes constituent une caractéristique principale de la dépression. Les dépressifs semblent se retirer de la vie. Ils se « considèrent comme problématique en rapport avec toutes ces qualités et ces caractéristiques qu'eux-mêmes estiment comme les plus importantes (intelligence, beauté, santé... ». Les dépressifs estiment souvent des sentiments de culpabilité et des remords pour des fautes ou des échecs du présent ou du passé. Parfois ils amplifient à tel point leurs échecs ou leurs fautes, qu'ils donnent l'impression d'attribuer plutôt à l'environnement qu'à eux-mêmes les causes des problèmes qu'ils se sont créés. Particulièrement, en ce qui concerne la faible estime de soi, qui caractérise les dépressifs, elle se manifeste par la conviction de la personne qu'elle est et continuera à être « un échec » et décevant pour son entourage. Les spécialistes de la dépression ne sont pas d'accord à savoir si la faible estime de soi constitue la cause ou le résultat de la dépression. Les deux se présentent presque toujours ensemble et il est très difficile de les distinguer, surtout dans les formes de dépression chronique.

➤ **Anxiété :**

Un pourcentage de dépressifs, qui varie entre (60% et 70%) mentionne qu'ils ressentent une anxiété intense et parfois une inquiétude exagérée. L'anxiété sont des affects, en raison de leur caractère diffus. Ces affects sont pénibles, désagréables, douloureux. Leur caractère essentiel est leur obscurité apparente : leur origine, leur source, leur cause demeurent inconnues à la conscience, ce qui accroît leur caractère oppressant. Ce sont des peurs sans objet apparent, Classiquement, l'anxiété renvoie aux

réactions strictement psychiques.(Ronan. L.N, 2007, p, 77).

➤ **Sentiment d'incapacité, de pessimisme, de désespoir:**

Le monde, comme le perçoivent les dépressifs, est suffocant et insupportable et ils se sentent impuissants et désespérer dans ce monde. Etant donné cette conviction, le suicide peut paraître malheureusement comme le seul moyen possible d'échapper a cette réalité douloureuse. Quand le dépressif prend une telle décision, les sentiments de désespoir peuvent parfois disparaître ; chose qu'explique la bonne humeur que paraissent éprouver certains dépressifs après leurs décisions de se suicider.

➤ **Idées de mort et de suicide :**

Beaucoup de dépressifs pensent a la mort et ont des idées récurrente de mort et de suicide. Souvent ils disent « je voudrais échapper a tout cela », « je n'ai pas de raison de vivre », « je n'aurais pas du naître », « je voudrai être mort ». Le suicide constitue la complication la plus grave et la plus dangereuse de la dépression.(Georges. K, 2004, p,29,31).

5.Critère diagnostique de la dépression :

	DSM-V	CIM-10 (code F.32)
Durée minimale	2 semaines	2 semaines
Symptômes / Critères essentiels/majeurs	1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt ou de plaisir Présence d'au moins 1 des symptômes toute la journée, presque tous les jours.	1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt ou de plaisir 3. Fatigue ou perte d'énergie Présence d'au moins 2 des symptômes toute la journée, presque tous les jours
Autres symptômes / Critères	Présence d'au moins 4 symptômes (sur un total de 7) : 3. Perte ou gain de poids significatif 4. Insomnie ou hypersomnie 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur 6. Fatigue ou perte d'énergie	Présence d'au moins 2 critères mineurs (sur un total de 7) : 4. Inappétence, perte de poids 5. Troubles du sommeil 6. Baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi 7. Attitude morose, pessimiste face à l'avenir 8. Sentiment de culpabilité/dévalorisation 9. Baisse de la concentration /attention

	<p>7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante)</p> <p>8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer</p> <p>9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider</p>	10. Idées suicidaires
Degré de sévérité (la corrélation des degrés de sévérité entre DSM-V et CIM-10 est approximative)	<p>- Léger = ≥ 1 essentiel et 4 autres</p> <p>- Moyen = ≥ 6 symptômes dont au moins 1 essentiel</p> <p>- Sévère = ≥ 7 symptômes dont au moins 1 essentiel</p>	<p>F32.0 : Léger = ≥ 2 majeurs et 2 mineurs</p> <p>- F32.1 : Moyen = ≥ 2 majeurs et 3-4 mineurs</p> <p>-F32.2 : Sévère = 3 majeurs et 4-5 mineurs + idées suicidaires</p> <p>- F32.3 : Sévère avec symptômes psychotiques</p>

Tableaux 1 : Critère de diagnostic de la dépression

Source : **Dépression** - Service de médecine de premier recours – DMCPRU – HUG -- 2017.

Le DSM-V reconnaît différentes formes cliniques de la dépression : mélancolique, psychotique, mixte, atypique, catatonique, avec détresse anxieuse, du péri-partum et saisonnière, de même que différentes formes évolutives : isolée, récurrente, persistante ou prémenstruelle.

Il précise également les éléments suivants :

-B : Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

-C : Les symptômes ne sont pas dus aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale.

-D : L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizo-affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophrénie forme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique.

-E : Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

6. Les différents formes de la dépression :

La psychiatrie reconnaît classiquement cinq formes de dépression : selon la fréquence, la durée et l'intensité de l'affect dépressif croissant, on rencontre une première forme légère de dépression (Renaud, 2002, p.5).

6-1- La dysthymie :

C'est-à-dire l'absence d'émotion, de sentiment, d'affectivité. La personne semble vivre au neutre comme si toute sa vie affective était à plat, en panne. C'est une personne ennuyante qui suscite généralement beaucoup d'agressivité autour d'elle, en raison de son apathie, de sa passivité et provoque l'abandon, le rejet de la part des gens autour d'elle (Renaud, 2002, p.5).

6-2- Les épisodes dépressifs récurrents :

La personne déprimé pendant une période pouvant varier de quelques jours à quelques mois, une ou deux fois par année, ou aux deux ou trois ans. Ces épisodes dépressifs sont déclenchés par le retour d'événements ou de situations comme les changements de saisons, la période des fêtes de Noël, les vacances estivales, ou encore de dates anniversaires, comme le moment de l'année où une personne chère est décédée, une séparation ou un divorce a eu lieu.

Dans ce type de dépression, on constate souvent une accentuation de la dépression à chaque nouvel épisode et une prolongation de la période. Il arrive un temps où la personne n'est plus en mesure de regagner la surface, elle ne s'en sort plus par elle-même (Renaud, 2002, p.5).

6-3- La dépression unipolaire :

Il s'agit de la grande dépression qui dure généralement de plusieurs mois à plusieurs années et qui nécessite parfois l'hospitalisation, la médication et certainement une forme ou une autre de psychothérapie. La personne perd le goût de vivre et si les suicides sont relativement peu élevés, les idées suicidaires sont nombreuses, tenaces et les chercheurs observent une croissance des tentatives suicidaires ces dernières années.

Les chercheurs ne doivent pas les prendre à la légère, car la personne passe parfois à l'acte, sans pour autant réussir, mais la personne en ressort le plus souvent très blessée physiquement, psychologiquement et socialement. Même si ce n'est pas la majorité des déprimés qui réussissent à se suicidé, lorsqu'une personne agit ses idées suicidaires, avec succès ou non, c'est toujours une fois de trop (Renaud, 2002, p.5).

6-4- La dépression bipolaire :

Il y a ici deux types de dépression bipolaire.

a- La dépression bipolaire de type I :

Réfère à une personne qui alterne entre des épisodes dépressifs plus ou moins sévères et des épisodes de vie relativement normale. Entre deux épisodes dépressifs, la personne fonctionne de façon relativement adaptée, mais elle conserve toujours un fond dépressif. Elle est ainsi

facilement portée à se décourager, à démissionner. En ce sens, elle ressemble un peu à la personne dysthymique, mais les périodes dépressives sont plus morbides.

b- La dépression bipolaire de type II:

Décrit ce que l'on connaît maintenant sous le nom de la psychose maniaco-dépressive, c'est-à-dire que la personne traverse une phase dépressive plus ou moins sévère pour passer à une phase maniaque où elle devient enthousiaste, entreprenante, avec des projets de tout refaire, de tout recommencer en neuf et en mieux. La personne est convaincue dans son esprit que cette fois est la bonne, que ses projets vont réussir, que la chance l'accompagne. Elle entraîne parfois d'autres personnes dans son sillage avant de rechuter dans une dépression maligne. L'alternance de l'humeur se fait en quelques mois ou quelques années, mais avec une aggravation à chaque fois. Le lithium est souvent utilisé pour aider la personne à moduler ses humeurs (Renaud, 2002, p.6).

6-5- La mélancolie :

Ressemble à la dépression bipolaire de type II et mais elle relève d'une structure psychotique. Freud en parle abondamment dans son article Deuil et Mélancolie. (Renaud, 2002, p.8).

7. Les théories :

Ici encore, chaque approche théorique apporte un éclairage sur la dépression. Ce pendant, compte de l'hétérogénéité des troubles dépressifs, il est plus difficile d'imaginer une intégration prochaine des différents modèles en un seul modèle global.

7-1- Le point de vu ethno- psychiatrique :

Il met l'accent sur les expressions différentes de la dépression selon la culture à laquelle le patient appartient. Cette approche a permis de voir que dans des cultures non occidentales le vécu dépressif peut revêtir une forme déconcertante aux yeux des Occidentaux, la persécution. Ce constat amène à envisager des caractéristiques différentes dans l'organisation de la personnalité. En rapport lui-même avec les caractéristiques familiales. Sociale et religieuses de la culture considérée.

7-2- Les théories biologiques :

Elles sont nées à la suite de la découverte empirique des médicaments antidépresseurs (1957), par des travaux essayant de comprendre leurs mécanismes d'action. Cependant, si l'on sait maintenant que ces médicaments permettent d'augmenter la conception synaptique de certains neurotransmetteurs (noradrénaline, sérotonine), il est réducteur, voir peut être erroné, d'en conclure que la dépression est la résultante de déficits noradrénergique et sérotonine énergique. Une multitude d'anomalies biologiques ont été identifiées par ailleurs, sans que l'on puisse pour l'instant organiser ces connaissances.

7-3- La théorie psychanalytique :

La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par S.FREUD dans « Deuil et mélancolie » en 1916, alors qu'Abraham travaillant aussi sur ce sujet. Pour Freud, la mélancolie et bien le deuil d'un objet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Mais, à la différence de ce qui se passe dans le deuil normal, qui se résout par un déplacement de la libido vers des nouveaux objets, celle-ci se replie sur le Moi du mélancolique. Une partie du Moi, identifié à l'objet perdu, est dès lors en butte à la critique de l'autre partie de Moi .

L'état maniaque est connu par Freud comme une défense contre la perte d'objet, par la recherche désordonnée de nouveaux objets à investir. (Besançon. 2005, P57).

Les travaux sur la dépression de Karl Abraham (1911) sont antérieurs à ceux de Freud.ils stipulent que le moteur de la dépression viendrait des « des dispositions nerveuses » du sujet. Le dépressif est un individu incapable d'aimer autrui tout en ressentant une culpabilité certaine à ne pouvoir l'aimer : ses tendances sadiques sont retournées contre lui même. Pour Karl Abraham le mélancolique possède « un sadisme refoulé dans l'inconscient » et se satisfait de sa situation, car il « tire son plaisir de ses souffrances ».pour aborder la thématique des dépressions en 1916, K. Abraham va s'appuyer sur la compréhension de patients souffrant de mal être pour étayer ses réflexions.IL y constate des déceptions précoces dans la relation de l'enfant avec ses parents.

Ces évènements, liés à l'évolution prégénitale, influencent et déterminent le dépassée au niveau œdipien, fera revivre et stimulera par renforcement de façon régressive des conflits prégénitaux non résolus qui enclencheront ainsi une réponse dépressive répétitive. La dépression prend naissance et se développe autour des problèmes narcissiques d'origine orale, le dépressif en dépendra par le biais excessif de la gratification orale narcissique étayée par un objet extérieur. Les contributions de Karl Abraham à ce propos permettront d'aller plus en avant dans la compréhension de ces troubles dits de l'humeur grâce aux travaux de Freud qui, dans ce domaine, restent un référentiel majeur dans la compréhension de la dépression du point du vue psychanalytique. (Pardinielli.J.L.et al 2005, P77-78).

7-4- la théorie cognitive-comportementale :

Dans cette perspective (Beck, 1974), la dépression résulte d'une interprétation négative des perceptions ; ceci est mis en rapport avec la rigidité des structures cognitives du déprimé, qui s'attribue la responsabilité des évènements considérés comme négatifs. La théorie cognitive la plus élaborée est celle de Beck (1974. La dépression résulte, dans cette optique, d'une interprétation systématiquement négative des perceptions, du fait de la rigidité des structures cognitives du déprimé. Ce dernier s'attribue à la responsabilité des évènements considérés comme négatifs, en exagère l'importance et devient avec le temps convaincu que l'amélioration de son état est impossible. (Guy. Besançon ; 2005, P56-57).

Le modèle cognitif de la dépression repose sur l'observation d'une altération du traitement de l'information chez les sujets déprimés. Le déprimé interprète les informations afférentes de la vie quotidienne de façon excessivement négative, à travers des schémas cognitifs définissent inconsciemment des objectifs de vie inaccessible tels que par exemple « être le meilleur professionnellement, vouloir être appréciée et aimé par tous ». En lien avec ces schémas dépressogènes, la distorsion cognitive entraîne l'émergence de pensée dépressive par un traitement biais de la réalité.

L'inférence arbitraire est la plus fréquente des distorsions cognitives décrites chez les déprimés un autre point elles entraînent un jugement fossé par l'interprétation hâtive négative et arbitraire d'évènement de la réalité par exemple « ma collègue de bureau ne ma pas proposé du café ce matin elle n'est plus satisfaite de notre collaboration, je ne suis a la hauteur je vais perdre mon travail ». L'abstraction sélective permet aux déprimés d'extraire et de polarisé son attention sur des points négatifs de son existence quotidienne au dépend des éléments positifs de la réalité .la maximalisation et la minimisation complète ce procédé cognitif en augmentant l'importance des expériences négatives et en minimisant les expériences positives, la sur généralisation consiste à généraliser ce vécu a l'ensemble de la vie du patient. (Michèle .L.1998, p2).

L'ensemble de ces perturbations cognitives entraîne une perspective de soi, de l'environnement et du temps figé dans une perspective négative, constituant la triade cognitive décrite par Beck cliniquement, l'incapacité a se projeter dans l'avenir, l'anticipation douloureuse des évènements a venir, les sentiments d'ennui traduisent une distorsion de la perception du temps vécu. des « gouffre » accaparent le sujet de façon morbide et semble provoquer la suspension du temps réel. la vision négative du soi et la perte de l'estime de soi s'exprime par une autoaccusation et une culpabilité inadaptée. Elles sont associées à une vision négative de l'environnement ressenti comme inutile insécurisant, voire hostile. Les théories comportementales sont fondées sur l'exploration des comportements animaux dans les situations expérimentales.. (Ibid, p, 3).

En général la thérapie cognitive dure de trois à six mois, elle utilise à la fois des techniques cognitives et des techniques comportementales pour modifier les systèmes de croyances des sujets dépressifs en leur apprenant à différencier les faits de leur appréciation subjective. Le thérapeute a un rôle actif et il met l'accent sur les problèmes concrets et actuels du patient. Il se sert de techniques comportementales et cognitives dont le but est d'apprendre au patient à tester ses distorsions logiques et ses postulats dépressogènes aussi bien au cours des séances de thérapie. que lors « d'épreuves de réalité » dans la vie de tous les jours. C'est une thérapie structurée où thérapeute et patient se mettent d'accord sur un « agenda » de séance qui précise les thèmes sur lesquels vont porter chaque séance. Le style de la thérapie est directif et l'accent est mis sur une relation de collaboration. (Cottraux .J .2001, P167-168).

8. Les facteurs :**8.1- facteurs biologiques :**

Une des principales théories est que la dépression est provoquée par un déséquilibre de substances naturellement présentes dans le cerveau et la moelle épinière, que l'on appelle les neurotransmetteurs.

La sérotonine et la noradrénaline sont deux neurotransmetteurs dans le cerveau qui semblent jouer un rôle dans les symptômes de la dépression.

La survenue des symptômes de la dépression est liée à une perturbation du fonctionnement cérébral. C'est bien le fonctionnement du cerveau qui est atteint, non sa structure. Cette distinction est importante car elle permet de bien comprendre que cette maladie peut être réversible.

Ce dysfonctionnement du cerveau se traduit notamment par des anomalies dans la fabrication, la transmission et la régulation de certaines substances chimiques : les neuromédiateurs (également appelés neurotransmetteurs). Il est difficile de savoir à l'heure actuelle si ces anomalies sont la cause initiale ou bien la conséquence de la dépression. Quoiqu'il en soit, leur correction et la restauration du bon fonctionnement des neuromédiateurs sont indispensables. C'est la principale fonction des médicaments antidépresseurs. On sait aujourd'hui que la psychothérapie entraîne elle aussi ce type d'amélioration biologique si le dérèglement initial est modéré.

8.2-Les facteurs psychologiques :

Des mécanismes psychologiques particuliers sont également impliqués dans la dépression : sentiments de perte, conflits moraux, croyances négatives, mauvaise estime de soi (« Je ne peux rien faire de bon », « Je ne vauds rien »...). Certains de ces mécanismes trouvent leur origine dans l'enfance (plus ou moins bonne qualité des premières relations avec les parents, premières expériences associées à un sentiment de perte, de solitude, d'impuissance, de culpabilité ou de honte...), d'autres peuvent être liés à des éléments plus actuels (traumatismes, deuils liés à la perte d'une personne, d'un idéal ou d'une image de soi). Certains styles de comportements (sur les plans intellectuel, émotionnel, relationnel), ainsi que certains modes de défense psychologiques peuvent favoriser l'émergence et le maintien d'une dépression.

Ainsi, certaines personnes souffrant de dépression expriment des croyances négatives (elles se croient par exemple « incapables » ou « indignes » de faire certaines choses...) ou n'envisagent que des perspectives pessimistes, à la fois pour le monde qui les entoure et pour elles-mêmes. Chez ces personnes, certains événements de la vie quotidienne, analysés sous leur angle le plus négatif, peuvent déclencher automatiquement des pensées dépressives, sans qu'il leur soit possible de faire appel à d'autres expériences plus positives.

8.3-Les facteurs liés à l'environnement social ou familial :

Certains événements de la vie très perturbants ou un stress excessif et permanent

peuvent favoriser l'apparition d'une dépression. Par exemple, la mort d'un être cher, la perte d'un travail, une rupture affective, des conflits familiaux ou sociaux, une maladie... En plus des facteurs précipitant et des facteurs de risque, la présence ou l'absence de facteurs de protection dans l'environnement de la personne peut aussi jouer un rôle. Par exemple, la présence de personnes proches réconfortantes et valorisantes ou l'engagement dans des activités personnelles intéressantes peuvent protéger de la dépression ou favoriser la guérison. À l'inverse, l'absence de ces facteurs peut faciliter l'apparition (ou la réapparition) de la dépression. (Briffault.X , Caria.A, 2000, p 22 ,24)

9. Traitement et prise en charge de la dépression :

➤ Pourquoi le recours au soin est-il indispensable ?

La dépression est une maladie qui, pour des raisons diverses citées précédemment, est associées à une perturbation du fonctionnement du cerveau : elle affecte l'ensemble de l'organisme ainsi que la personnalité. La volonté seule ne suffit pas pour agir sur une maladie aussi complexe. Un traitement est donc absolument nécessaire quand on souffre de dépression.

Se faire soigner, suivre une psychothérapie, un traitement médicamenteux, c'est en réalité, redevenir acteur, retrouver le choix, reprendre en main son destin.

➤ La psychothérapie :

La psychothérapie est un traitement à part entière de la dépression. De nombreuses études ont permis d'en prouver son efficacité et d'en préciser les indications. Durant un épisode dépressif, la psychothérapie permet de mieux gérer la maladie, de réduire ses symptômes et leurs conséquences, de donner du sens à ce que l'on vit et de pouvoir envisager de nouveaux projets.

➤ Comment l'exercer ?

Il existe différentes méthodes de psychothérapie privilégiant des formes particulières d'intervention. Mais quelle que soit la méthode utilisée, la psychothérapie est avant tout fondée sur un échange d'une personne à l'autre qui s'instaure grâce à l'écoute, la bienveillance, l'absence de jugement et la compréhension du praticien. Celui-ci est par ailleurs, tenu au secret professionnel. La qualité de la relation, le sentiment d'être accueilli et compris dans ce que l'on vit et ressent, sont des éléments déterminants de toute psychothérapie.

Le praticien est là pour entendre la souffrance, les difficultés, les doutes ; il favorise l'expression de ce qui est réellement ressenti et nous aide à mettre des mots sur notre vécu en utilisant différents techniques : questions ouvertes, reformulation des problèmes, exercices de mise en situations, espaces de silence...etc.

Le praticien nous propose donc un face-à-face avec nous-mêmes en toute confiance, dans un cadre sécurisant. Nous pouvons alors nous regarder d'une autre façon, prendre

conscience de nouvelles choses, aborder nos problèmes d'une façon différente, trouver de nouvelles réponses et des solutions efficaces.

➤ **Dans quels cas est-ce indiqué ?**

La psychothérapie est un traitement toujours pertinent en cas de dépression, quel que soit le type de dépression, son niveau de sévérité ou son ancienneté. Elle peut être utilisée seule (dans le cas d'épisode dépressif d'intensité légère) ou conjointement aux médicaments antidépresseurs ou à d'autres traitements.

En cas de dépression sévère en phase active, un soutien psychologique sera proposé, mais le travail de psychothérapie ne pourra débuter qu'une fois l'intensité de la souffrance diminuée par le traitement médicamenteux.

La psychothérapie n'est en aucun cas limitée à une catégorie sociale, un âge ou un sexe particulier. Il est recommandé de consulter dans les meilleurs délais, afin s'éviter une persistance et une aggravation éventuelle de la maladie qui rendraient le traitement plus difficile. (PH.LAMOUREUX, 2017, p 30-35)

➤ **Les médicaments antidépresseurs :**

• **À quoi servent-ils ?**

L'objectif du traitement par médicaments antidépresseurs est la réduction significative des symptômes dépressifs et de leurs conséquences dans la vie quotidienne.

Les médicaments antidépresseurs améliorent les symptômes de la dépression à l'issue d'environ de 3 à 4 semaines de traitement continu. Ils aident généralement à restaurer le fonctionnement normal du sommeil, de l'appétit, à retrouver l'initiative, une perception positive de la vie. Ce fonctionnement normal persiste après l'arrêt du traitement.

• **Comment agissent-ils ?**

Les médicaments antidépresseurs sont des molécules qui agissent au niveau du cerveau, plus précisément sur les extrémités des neurones (appelées synapses), à travers lesquelles les neurones communiquent les uns avec les autres. Cette communication entre neurones se fait sous forme de messages chimiques appelés neurotransmetteurs ou neuromédiateurs.

Les médicaments antidépresseurs agissent par divers mécanismes. Aucun médicament ne mobilise à lui seul tous ces mécanismes. En fonction des symptômes de la dépression, de l'efficacité ou de l'échec de tel ou tel médicament antidépresseur prescrit dans le passé, le médecin peut proposer un traitement antidépresseur dont le mode d'action est le plus adapté à chaque situation.

Le traitement d'un épisode dépressif comporte deux phases :

- La phase aiguë, dont l'objectif est la disparition des symptômes, dure de six à douze semaines.

- La phase de consolidation, dont l'objectif est de stabiliser l'amélioration des symptômes, dure entre six mois (en fonction des symptômes et du nombre d'épisodes précédents).

L'arrêt du traitement pendant cette période critique fait courir un risque très élevé de

réapparition des symptômes. C'est pour cela qu'il est indispensable de poursuivre le traitement, même après la disparition des symptômes, conformément à l'avis du médecin. (PH. LAMOUREUX, 2017, P38-40).

En complément des traitements évoqués dans ce chapitre, il est bien sûr aussi très important pour la personne souffrant de dépression de prendre soin d'elle : des actions de soin complémentaires que l'on peut mettre en place soi-même (pratique de sport certaines activités physiques, régime alimentaires équilibré, vigilance vis-à-vis de l'alcool et des substances addictives...) peuvent améliorer la qualité de vie de la personne.

- **Quand l'hospitalisation est-elle nécessaire ?**

La plupart des formes de dépression peuvent être soignées sans avoir besoin d'aller à l'hôpital. L'hospitalisation peut cependant s'imposer en cas de dépression sévères, de traitements complexes nécessitant un suivi médical particulier ou lorsque le patient est en danger et nécessite une prise en charge (risque de suicide, perte d'autonomie...). L'hospitalisation a par elle-même une vertu soignante.

Espace éloigné du contexte dans lequel s'est développée la dépression, le lieu d'hospitalisation est un cadre dans lequel il est enfin possible d'être malade, sans chercher à cacher sa maladie. La personne hospitalisée peut alors se concentrer sur elle-même et sur son traitement.

La durée de l'hospitalisation nécessaire en cas de dépression dépend de la gravité du trouble. En règle générale, une hospitalisation comprise entre quinze jours et trois semaines est suffisante. (PH. LAMOUREUX, 2017, p 44-45)

10. Dépression et maladies cardiaques :

Pour ce qui est de la dépression, plusieurs études affirment qu'un état dépressif après un infarctus du myocarde augmente le risque de mortalité au cours des mois suivant le congé de l'hôpital. Une étude effectuée à l'Institut de Cardiologie de Montréal par le Dr François L'espérance et ses collaborateurs a démontré que la présence de dépression chez des patients hospitalisés après un épisode d'angine instable multiplie par 6 les risques de récurrence fatale ou d'infarctus dans l'année qui suit le congé de l'hôpital.

Bien que le stress et de la dépression soient maintenant reconnus comme des facteurs de risque importants de maladies cardiovasculaires, les études portant sur les traitements de ces conditions à l'aide de médicaments antidépresseurs ou anxiolytiques n'ont pas donné de résultats probants. Il s'agit d'un problème considérable puisque jusqu'à 30 à 40 % des patients présentent des symptômes dépressifs après un infarctus du myocarde, qui peuvent grandement augmenter le risque de récurrence et de mort prématurée, s'ils ne sont pas traités adéquatement. On constate également un taux élevé de dépression après une chirurgie cardiaque.

Au Centre ÉPIC de l'ICM, nous observons depuis une trentaine d'années qu'un programme de réadaptation cardiaque comprenant un entraînement à l'effort pratiqué deux à trois fois par semaine sur place, au Centre, en compagnie d'un groupe de patients présentant des conditions semblables, favorise considérablement l'amélioration des sentiments dépressifs et la diminution du stress après un accident cardiaque ou une intervention chirurgicale.

Lorsqu'on demande aux patients ce qui est le plus important pour eux après un infarctus du myocarde, plusieurs d'entre eux répondent qu'ils voudraient avant tout « diminuer leur stress ». Les patients ont également souvent la conviction que le stress qu'ils vivent est la première cause de leur condition cardiaque.

Pour arriver à prévenir efficacement les récurrences, tout doit donc commencer par le cerveau, parce qu'une fois que le stress et les états dépressifs sont bien « gérés » et que les priorités sont redéfinies, les patients sont prêts à modifier leurs habitudes de vie de façon importante. Malheureusement, les patients qui proviennent de milieux socio-économiques défavorisés ont des difficultés sur lesquelles la médecine seule a peu d'emprise ; ce sont ces patients-là qui profitent le moins des programmes de prévention pour de multiples raisons économiques et sociales. Ce phénomène est bien documenté dans tous les pays occidentaux. La pauvreté reste le plus grand facteur de risque de mortalité prématurée. (Dr martin Juneau .MD. le stress et ses effets sur le cœur Montréal 2017).

En 2011, une analyse de la littérature étudiant la relation entre la dépression et la maladie coronaire après un syndrome coronarien aigu, conclut que la dépression des patients cardiaques est de 2 types : une dépression dite cognitive ou affective (idées noires, désintérêt, culpabilité) et une dépression dite somatique (asthénie, anorexie, insomnie, douleurs chroniques). Les effets de la dépression sur la maladie cardiaque dépendent du type de la dépression et de la durée depuis laquelle elle évolue.

La dépression de type somatique semble plus néfaste pour le cœur que la dépression cognitive. Une dépression résistante au traitement après un SCA est associée à un risque particulièrement fort de surmortalité et d'événements cardiaques récurrents. Ainsi, une dépression persistante à la suite d'un SCA est un marqueur de la sévérité du SCA mais aussi un facteur causal indirect de l'évolution de la maladie coronaire. (thèse de doctorat de caroline parant 2013).

B-Stress :**Préambule :**

Le stress ou syndrome générale de l'adaptation, est l'ensemble des réponses d'un organisme soumis à des contraintes. Un événement stressant provoque une réaction en chaîne qui débute dans le cerveau et aboutit à la production de cortisol par les glandes surrénales. Le cortisol active alors en retour deux zones du cerveau : le cortex cérébral pour qu'il réagisse au stimulus stressant (fuite, attaque, immobilisation...) et l'hippocampe, qui va apaiser la réaction. Si le stress est trop fort ou prolongé, l'hippocampe saturé de cortisol ne peut plus assurer la régulation. Le cortisol envahit le cerveau et installe une dépression. Les zones altérées sont l'hippocampe, l'amygdale, le cortex cingulaire antérieur et le cortex préfrontal environnementaux. Le stress se manifeste de différentes façons chez les gens puisque nous vivons dans un monde dynamique et éphémère et nous vivons dans un monde dynamique, c'est obligatoire qu'on serait tous stressé la performance est élevée et multiple, par les autres ou par soit même, déjà LAZARUS a défini le stress (comme une relation déterminée entre une personne et son environnement. Les exigences de l'environnement peuvent dépasser les ressources de la personne et mettre son bien-être en danger).

Et le stress joue un rôle sur le rythme cardiaque et la respiration, En cas de stress, la respiration devient plus rapide et plus intense, le rythme cardiaque s'accélère, les vaisseaux sanguins se rétrécissent et la pression sanguine augmente. Simultanément, certaines fonctions corporelles se ralentissent, comme par exemple la digestion. La plupart de ces changements physiologiques proviennent de l'activation de deux systèmes neuroendocriniens, qui sont contrôlés et activés par l'hypothalamus : le système nerveux autonome (sympathique) et l'hypophyse.

Dans une situation de stress, des impulsions nerveuses sont envoyées de l'hypothalamus vers le système sympathique, qui est à l'origine des modifications décrites ci-dessus, telles que l'accélération du rythme cardiaque ou la dilatation des pupilles. C'est également le système sympathique qui est responsable de la stimulation des glandes surrénales, responsables de la sécrétion des hormones adrénaline et noradrénaline. Celles-ci donnent à leur tour à une série d'organes l'ordre d'accomplir leur fonction. La rate, par exemple, délivre davantage de globules sanguins afin que la coagulation sanguine se fasse plus facilement en cas de blessure ; le foie est stimulé, afin d'augmenter la production de sucre et permettre ainsi de fournir plus d'énergie à l'organisme. L'hypophyse réagit aux signaux envoyés par l'hypothalamus en délivrant deux hormones essentielles pour la réaction de stress. L'hormone thyroïdienne (TRH) active la thyroïde, qui à son tour met plus d'énergie à disposition du corps.

1-Définition du stress :

Plusieurs définitions ont été données aux termes de stress:

1.1.Définition étymologique de stress :

Le mot stress est issu par aphérèse de distress, qui provient de l'ancien français destrece et estrece. Destrece signifiait détresse et estrece signifiait étroitesse et oppression : il est issu du latin classique stringer qui signifiait serrer, resserrer. Aujourd'hui, il est utilisé dans de nombreux domaines d'application, et occupe une place de plus en plus centrale au sein de la psychologie et de la médecine comportementale. Comme on peut le constater d'après les différentes définitions, ce mot il est toujours attaché à quelque chose qui le définit : stress physiologique, stress psychologique. Le sens du terme stress reste néanmoins aussi complexe que vague. (Lôo.P et al, 2003, P. 26).

1.2. Définition physique de stress :

Le stress est considéré comme une contrainte excessive subie par un matériau.

1.3. Définition biologique :

L'agression s'exerçant sur l'organisme (les agents stressants) et la réaction de l'organisme aux agressions.

1.4.Définition psychologique :

Il renvoie aux multiples difficultés auxquelles l'individu a du mal à faire face et les moyens dont il dispose pour gérer ces problèmes. (Ibid., P.26).

Plusieurs auteurs se sont penchés sur le phénomène de stress et l'on définit de plusieurs manières :

- **Selon Hans Selye (1973)**, le stress est considéré « comme la réponse non spécifique de l'organisme à chaque demande de changement ».

Le stress désigne l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'un agent ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. (Norman. S, Endler. Ph, 1990, P.5).

- **Selon Turcotte (1982)**, le stress apparaît comme le résultat de transactions entre la personne et son environnement. La source de stress peut être positive opportunité ou négative contrainte et avoir pour résultat la rupture de l'homéostasie psychologique ou physiologique. L'enjeu de situation doit être important et sa résolution comporte une certaine dose d'incertitude. De plus, le stress déclenche des émotions et mobilise les énergies de l'organisme. Du côté des caractéristiques de l'individu, il semble important de tenir compte de ses habiletés, ses ressources, de même que de ses besoins. (Dictionnaires de sciences humaines, 2009, P.532).

- Selon Lazarus et Folkman (1984), 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. (Paulhal.I, Bourgeons.M, 1995, P.46).

- Selon Steploe (1991), le stress psychologique ne peut être défini simplement en terme de stimulation exercée par l'environnement désagréable, si perturbateurs soit-il. Le même événement peut entraîner des réponses tout à fait différentes chez deux sujets, voir chez le même sujet en des constances différentes. (Doucet.C, 2000, P.52).

Il s'avère que les nombreuses définitions que nous avons citées s'accordent à expliquer le phénomène de stress qui n'est pas en effet nouveau mais qui a toujours existé. Le fait de ressentir un stress peut modifier la façon dont une personne ressent, pense et se comporte.

2-Les types du stress :

Il existe différents types de stress (le stress aigu, le stress aigu répété et le stress chronique). Chaque type a des caractéristiques, symptômes, durées et approches de traitement qui lui est propre.

2.1- Le stress aigu :

Le stress aigu est la forme de stress la plus répandue. Il dure généralement moins d'une heure et trouve son origine dans les pressions récentes et dans les pressions à venir. Le stress aigu peut être excitant et même bénéfique dans certaines situations. Mais, trop de stress finit par être puissant. Le stress aigu peut survenir dans la vie de n'importe qui et peut être géré assez facilement il suffit généralement de se détendre et d'attendre que ça passe. (P.Canoui, 1998, p. 53)

2.2- Le stress aigu répété :

Bien souvent, le style de vie des personnes atteintes de ce type de stress est devenu si habituel qu'elles n'arrivent pas à distinguer ce qui ne va pas dans ce rythme de vie. Il peut même arriver qu'elles reportent la faute sur leur entourage ou sur des événements externes. Le problème pour ces individus est qu'ils perçoivent leur style de vie et leur mode de comportement comme partie intégrante de leur personnalité et de leur monde, ce qui rend particulièrement difficile pour eux l'identification et la prise de conscience des origines de leur stress et de leur anxiété (Elisabeth.G, 2009, p.17).

2.3.-Le stress chronique :

Les situations stressantes ne prennent pas la forme d'évènements ponctuels et de brèves durées comme un décès ou une naissance. Une union conjugale orageuse, des piètres conditions de travail, de logement, de transport, de piètres conditions de vie, un climat politique défavorable. Toutes ces conditions qui deviennent chroniques et durables peuvent causer des stress intenses et variables selon les individus. (Elisabeth.G, 2009, p.19)

Le stress chronique tire son origine du fait qu'une personne, ne voit pas de sortie positive dans une situation problématique. Sans espoir, la personne finit par arrêter de chercher des solutions.

3-Les symptômes et signes du stress :

Les signes et symptômes spécifiques du stress varient beaucoup d'une personne à une autre. Certaines personnes connaissent d'abord des symptômes physiques comme des maux d'estomac ou des problèmes de dos. D'autres par contre ressentent leur stress au niveau émotionnel avec l'hypersensibilité par exemple. Enfin pour d'autres encore, de changement vont survenir dans la façon de penser et dans leur comportement.

Symptômes cognitifs :	Symptômes émotionnel :
<ul style="list-style-type: none"> · Problème de mémoire · Difficulté à prendre des décisions · Incapacité à se concentrer · Troubles du jugement · Pessimisme général · Pensées anxieuses · Inquiétudes constantes · Perte d'objectivité et du jugement · Anticipations négatives 	<ul style="list-style-type: none"> · Agitation · Irritabilité, impatience · Sensation de fatigue · Incapacité à se détendre et à se relaxer · Avoir l'impression d'être sur les nerfs · Sentiments d'isolement et de solitude · Dépression ou tristesse généralisée
Symptômes physiques :	Symptômes comportementaux :
<ul style="list-style-type: none"> · Maux de tête ou mal de dos · Tension musculaires · Diarrhée ou constipation · Nausée, Insomnie 	<ul style="list-style-type: none"> · Dormir beaucoup plus ou beaucoup moins · Isolement · Procrastination, fuite des responsabilités · Abus d'alcool, de cigarettes ou de

<ul style="list-style-type: none"> · Douleurs dans la poitrine, rythme cardiaque rapide · Perte ou prise des poids · Démangeaison · Coups de froid fréquents 	<ul style="list-style-type: none"> médicaments pour se relaxer · Sur -activité dans certains domaines · Réaction démesurée face à des problèmes imprévus · Habitudes nerveuses
--	--

Tableaux 2 : Signes et symptômes du stress

Source : (Lebel, G, 2011, p.13).

4-Les étapes du stress :

En 1946, H. Selye parlera de syndrome général d'adaptation (**S.G.A**), dans lequel les divers organes internes, spécialement les glandes endocrines et le système nerveux, aident l'individu à s'adapter aux modifications constantes qui se produisent aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du corps. Le S.G.A, évoluant selon trois phases successives:



Figure 1 :Les étapes du stress

4.1-Phase d'alarme :

Cette premier phase est une manifestation d'un ensemble de symptômes différents selon le tempérament de chacun, l'effet de surprise, et l'éducation reçue qui aura favorisé ou non l'habitude de gérer avec plus ou moins de maîtrise un événement ; face à un danger ou une menace, l'organisme répond aussitôt par une mise en alerte. Cet état d'alerte prépare la personne à réagir à l'image d'une nation préparant ses troupes pour répondre à l'agression d'une armée ennemie. (S.J. Choque, 2007, p12).

4.2-La phase de la résistance :

Cette deuxième phase , Le corps mobilise toute son énergie, l'organisme est bien prêt, bien organisé pour une défense efficace. L'équilibre peut être maintenu grâce à la mise en route des mécanismes d'autorégulation. Tant que persiste l'agression, l'organisme est stimulé et résiste grâce à diverses modifications, sanguines, hormonales et à une production d'adrénaline. Mais si cette phase se prolonge, il en va de même pour l'organisme qui ne peut pas répondre en même temps, d'une façon efficace, à plusieurs situations stressantes. Lorsque ces dernières s'accumulent, le corps se fatigue très vite, n'ayant pas le temps de recharger ses accus. (Ibid. p.12)

4.3-Phase d'épuisement :

L'individu, de plus fragile, laisse la porte ouverte à de nombreuses maladies psychosomatiques ; ulcères gastriques, tachycardie, spasmophilie, pour ne citer que les plus connues sans compter les troubles psychologiques plus ou moins graves. Puis vient le moment où tout s'effondre, l'individu craque, n'ayant plus de forces ni physiques ni psychologiques pour en faire face. C'est la phase où toutes les réserves sont consommées. (S.J. Choque, 2007, p12).

5-Les modèles théoriques du stress :

Il est important de souligner que la classification d'une théorie du stress comme « biologique », « cognitive », « transactionnelle » est en grande partie arbitraire. Ces classifications sont néanmoins utiles dans un objectif pédagogique pour présenter les différentes théories selon leurs préoccupations majeures, ou par rapport aux dimensions les plus développées.

Cette manière de procéder permet de mettre en évidence, pour les soixante-quinze dernières années, le nombre très important de théories détaillant les réactions physiologiques de l'individu (ou de l'animal) dans des conditions de stress.

5.1- Les théories biologiques ou physiologiques du stress :

Les travaux de Cannon et Selye s'orientent vers l'étude de la réaction physiologique d'un organisme soumis à un stress. Cannon est le premier à démontrer que les manifestations somatiques accompagnant le comportement de fuite ou d'attaque face à un danger, sont dus à la libération dans le sang d'une hormone, l'adrénaline, en provenance de la glande surrénale. L'organisme tend en permanence à maintenir un équilibre constant (homéostasie) et tolère des modifications limitées. Quand les modifications produites par des agents internes ou externes sont excessives, elles affectent les mécanismes homéostatiques de l'organisme qui s'activent pour rétablir l'équilibre. Le stress est alors cette réponse activée par toutes sollicitations excessive qui permet l'adaptation en maintenant l'équilibre de base de l'organisme (reuilly et al. 1934).

L'importance de l'état homéostatique est reprise par Selye (1936, 1946, 1950). Selon lui la surcharge des capacités de défense de l'individu suite à une agression psychique ou physique menaçant l'équilibre interne, ceci déclenche une contre réaction. Cette réaction est non spécifique car elle ne dépend pas de la nature de l'agent stressueur.

5.2- le modèle cognitive de Kelley :

La théorie des constructions personnelles de Kelley (1955-1963), est indispensable dans la compréhension de la réponse au stress, car elle cherche à appréhender la manière dont l'individu construit le sens de son expérience et adopte son mode de perception du monde au fur et à mesure des transactions avec l'environnement. Parallèlement, à cette attribution de sens, que la personnalité se forme.

La théorie de Kelly permet de comprendre les aspects sous jacents à toute évaluation cognitive qui peut être imaginée comme un va et vient entre l'évaluation contextuelle et les évaluations posées sur lesquelles s'érige la personnalité. La théorie de Kelly reconnaît à chaque individu la capacité scientifique de se représenter les évènements et de construire un système capable de les anticiper.

L'anticipation est le processus central, pour la raison que Kelly considère que l'individu est un être en mouvement, et non pas un objet passif, il est motivé à l'action, qui doit anticiper les évènements en privilégiant les alternatives qui, dans l'ensemble de ses propres constructions mentales semble capable de fournir la base la plus adéquate pour prévoir la suite des évènements.

Le postulat fondamental du modèle de Kelly est que les processus de chaque individu sont psychologiquement orientés par la façon dont il anticipe les évènements. Le postulat fondamental du modèle de Kelly est que les processus de chaque individu sont psychologiquement orientés par la façon dont il anticipe les évènements. Un sujet anticipe continuellement les évènements, de sorte que les processus sont psychologiquement orientés par un réseau de règles et ne fluctuant pas au hasard. (P.Gaziani, 2005, P 36-37).

5.3- le modèle de Beck :

Beck, considère qu'une transaction stressante résulte d'un processus actif continu qui inclut des analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des risques, des coûts et des avantages d'une réponse particulière.

Les stimuli sont actifs, s'ils sont interprétés comme tels par le sujet, selon le type d'évaluation et la situation donnée. Le sujet est motivé à mettre en place tel ou tel comportement particulier, la direction de la force est appelé « inclinaison comportementale », dont l'intensité est le conflit du degré de l'arousal. Si l'inclinaison comportementale n'est pas traduite en action, alors l'individu reste dans un état d'arousal pour quelque temps, même si le stimulus n'est plus présent.

L'arousal est une dimension de l'activité ou de préparation à l'activité fondée sur le niveau d'excitabilité sensorielle et corticale. Selon Beck, à chaque fois qu'un individu est mobilisé pour agir, il fait l'expérience d'une réponse active.

Par exemple, les sujets confrontés à des situations dangereuses expriment généralement de l'anxiété ainsi que le désir de s'échapper et/ou le désir d'attaquer.

L'action ou l'inclinaison comportementale ainsi que l'émotion (la réponse affective), naissent de l'interprétation ou de la construction personnelle de la situation faite par l'individu. La mobilisation à l'action de l'individu est la clef pour comprendre les réactions au stress. (Ibid, P 38-39).

La nature de notre thème ainsi, le test utilisé (échelle de stress, Stroop), impose qu'on travaille avec la théorie cognitive, qui est adapté à notre sujet d'étude. Cette théorie est adoptée par Kelly et Beck qui ont fait des travaux sur le stress.

5.4-Les théories transactionnelles :

Les modèles transactionnels et (biopsychosociaux) veulent dépasser la simple notion de cause- effet et cherchent à réparer tous les facteurs pouvant expliquer la variabilité de la transaction stressante dans une optique interactionnelle.

o Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman :

Le modèle transactionnel du stress focalise l'attention sur des éléments psychologiques centraux dans le modèle de la psychologie de la santé et plus précisément sur la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante (stress perçu), analyse sa capacité de faire face (contrôle perçu) ; et met en place des stratégies de coping, ce modèle du stress psychologique a été développé par Lazarus et ses collègues.

Une situation devient stressante quand la « demande » faite par l'interaction individu/environnement est évaluée par le sujet comme excédent ses propres ressources et mettant en danger son bien-être.

Cette approche transpose le concept d'homéostasie de Cannon et celui de Selye (1956) au stress psychologique. Le stress n'est considéré comme une propriété de la personne ou de l'environnement, ni comme un stimulus ou une réponse. Le stress est une relation particulière, un processus orienté entre la personne et l'environnement.

Considérer le stress comme un « processus » à deux significations importantes en rapport avec la théorie cognitive de stress :

1- le sujet et l'environnement sont considérés en relation dynamique, donc constamment en changement.

2- La relation est aussi bidirectionnelle : le sujet et l'environnement peuvent agir l'un sur l'autre.

5.5- L'approche psychosociale :

partir des années 1960, l'approche psychosociale s'intéresse à la relation entre événement de vie et maladies somatiques ou mentales distinguant les événements brutaux et les expériences de perte du type chômage, maladies graves, deuil, les situations chroniques de conflit ou de surcharge de travail, et les transitions psychosociales comme l'entrée dans la vie active, la retraite ou le mariage.

Une échelle quantitative « d'expérience récente d'évènements de vie » est élaborée par Holmes et Rahe en 1967. L'échelle de Cohen et Williamson, axée sur la perception des situations, est plus qualitative. Cette échelle, très utilisée, a été validée par Bruchon en 1994.

En 1995, l'échelle clinique d'Albert, non validée, prend en compte l'adéquation entre les aspirations de la personne et leur satisfaction. Elle vise à recentrer la personne sur ses vrais objectifs de vie et à reconsidérer son degré d'aspiration. (Legeron. P, 2001, P 17-18).

6-Les facteurs du stress :

Dans certaines conditions psychologiques peuvent participer à l'apparition de la condition de stress chez un individu. Cependant, on constate que dans le stress psychologique est déterminé par l'évolution de la situation par l'individu.

6.1-Les facteurs de stress liés à la personne elle-même :

- **selon le sexe** : les femmes sont plus stressées que les hommes. On dit que c'est à cause de leur double vie, professionnelle et domestique qu'elles ont plus d'occasions de stresser, ce qui tombe sous le sens.
- **selon la personnalité** : implication émotionnelle élevée, caractère perfectionniste, attentes peu réalistes ceux qui présentent ces traits, un caractère propice à être plus stressé que d'autre malgré des causes identiques.
- **selon compétences** : qualification insuffisante, surqualification.
- **selon l'âge** : les jeunes sont plus stressés que les personnes âgées. (Dominique, 2001, p. 75).

6.2-les facteurs psychologiques :

Pour George L. Engel (1962) les événements qui prennent une valeur psychologiquement stressante pour la grande majorité des êtres humains sont liés aux causes suivantes :

- **Une perte (ou une menace de perte)** : la perte d'un objet (dans le sens psychologique d'une personne, d'une chose, d'une fonction ou d'une idée qui sont devenues une partie de soi ou ont pris un rôle irremplaçable dans l'assouvissement des besoins) peut se dérouler dans la réalité ou dans l'imaginaire.
- **un préjudice (ou une menace de préjudice)** : d'un point de vue psychologique, la menace d'un préjudice, fut-il symbolique, est généralement plus importante que le préjudice lui-même car s'activent autour de lui les mêmes réactions psychiques et symboliques que celle induite par l'événement réel.
- **la frustration d'une pulsion** : quand un besoin ne trouve pas la possibilité d'être satisfait, il engendre chez l'individu une tension qui le pousse à des comportements afin de diminuer le malaise intrapsychique et de satisfaire le besoin lui-même (Giancarlo, T et Franco. B, 2005).

7-Les conséquences du stress :

Après avoir identifié les types et les symptômes du stress, nous allons démontrer les conséquences de ce syndrome qui se trouve être subdivisé en deux démentions essentiels qui sont :

7.1-les conséquences physiologiques du stress :

Au niveau cardio-vasculaire : augmentation de la fréquence cardiaque ; dilatation des vaisseaux sanguins au niveau des muscles ; dilatation pupillaire.

Au niveau respiratoire : augmentation de la fréquence et de la profondeur de la respiration.

Au niveau musculaire : augmentation du tonus.

Au niveau cutané : rétrécissement des vaisseaux sanguins ; augmentation de la sudation.

Au niveau digestif : diminution de la motricité digestive (ou parfois l'inverse).

Au niveau sanguin : diminution du temps de coagulation ; augmentation de la glycémie. (Schwor, M, 1999, p. 96).

7.2-les conséquences psychologiques du stress :

Effet cognitifs : augmentation de la distractibilité (on prend souvent le fil de ce qu'on est en train de penser ou dire même en plein milieu d'une phrase) ; difficultés de prévoir la vitesse de réaction ; détérioration de la capacité d'organisation et de la planification.

Effet émotionnels : augmentation de l'hypocondrie ; augmentation des tensions physiques et psychologiques ; modification de certains traits de personnalité ; affaiblissement des contraintes d'ordre moral ou émotionnel ; apparition de la dépression et des sentiments de désespoir ; cynisme vis-à-vis des clients et des collègues ; apparition éventuelle de menaces de suicide.

Effet relationnels : rejet de l'entourage ; appréhension de nouvelles rencontres ; besoin excessif de solitude ; mise à distance des amis ; conflits fréquents. (Lentini, 2009, p. 264-265).

8-Les effets du stress sur le corps , nos émotions, et nos comportements :

❖ Sur le corps	❖ Sur les pensées et émotions	❖ Sur les comportements
- Maux de tête - Douleurs à la poitrine - Tension artérielle élevée - Souffle court - Douleurs dans les muscles - Douleurs au dos - Dents qui grincent - Maux d'estomac	- Anxiété - Incapacité à se détendre - Sentiment d'inquiétude permanente - Irritabilité - Dépression - Tristesse - Colère - Changement d'humeur Fréquent	- Manger trop ou pas assez - Abus de médicament - Abus d'alcool - Tabagisme élevé - Perte de contact avec l'environnement relationnel - Envie de pleurer - Conflits relationnels - Baisse de la productivité et d'efficacité.

Tableaux 3 : Les effets du stress sur le corps , nos émotions, et nos comportements**Source :** effets de stress/www.stressanxiete.fr**9-Traitement du 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).

10-Incidence du stress sur les maladies cardio-vasculaires :

Le stress est omniprésent dans nos vies. Il touche tous les âges et tous les instants, même nos enfants sont stressés... Qu'il soit provoqué par une émotion forte (stress aigu) ou en continu (stress chronique), dans le cadre professionnel ou privé, le stress, réaction initialement physiologique, se révèle à la longue souvent toxique. Il peut être insidieux, délicat à mesurer et très subjectif : nous ne sommes pas tous égaux face à lui ! D'ailleurs, certains y sont plus exposés que d'autres, et les femmes plus sensibles à ses effets néfastes que les hommes...

Et dire que , le stress nous préoccupe. Il peut provoquer des accidents cardiovasculaires directs. Et aussi, par son impact sur notre hygiène de vie, il agit indirectement en renforçant d'autres situations à risque comme l'insomnie, le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité et la prise de poids.

La corrélation entre le stress et les maladies cardio-vasculaires est aujourd'hui démontrée. À l'inverse, une personne victime d'un infarctus a davantage de risque d'être anxieuse ou dépressive, et cela accroît le taux de récurrence. Un cercle vicieux ! Par ailleurs, le stress a une influence néfaste sur les autres facteurs de risque cardiovasculaire tels que le tabac, l'alimentation, l'activité physique, etc. Le stress est subjectif, il est donc difficile à quantifier et peut être dû à des facteurs extérieurs indépendants de notre volonté (facteur économique par exemple).

A contrario, il est possible d'agir de manière plus concrète sur les autres facteurs de risque cardio-vasculaire (arrêter de fumer, pratiquer une activité physique régulière, avoir une alimentation équilibrée, etc.) qui pourront de plus réguler notre stress, un cercle vertueux ! L'incidence biologique du stress sur le cœur a été démontrée par une étude, parue en janvier 2017 dans The Lancet et réalisée par des chercheurs de l'université d'Harvard et du Massachusetts General Hôpital. Elle met en évidence l'implication de l'amygdale dans la survenue d'événements cardiaques³. L'amygdale est la zone du cerveau qui gère les émotions. En cas de stress trop élevé, une forte activité de l'amygdale stimule la moelle osseuse qui provoque une augmentation des globules blancs et qui, elle-même, mène à l'inflammation artérielle.

Celle-ci peut se révéler fatale si les artères sont déjà en partie bouchées (l'athérosclérose) : quand les artères déjà abimées doivent faire face à une inflammation, cela peut provoquer des lésions et libérer des caillots dans le sang qui à leur tour vont entraîner une crise cardiaque. (FCC-observatoire du cœur et stress ,Claire Mounier vehier , septembre 2018).

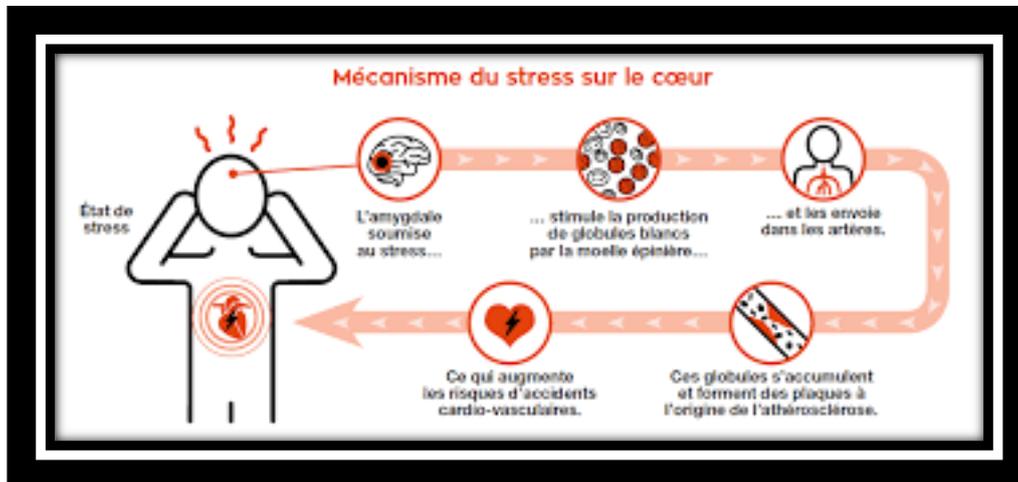


Figure 2 : Mécanisme su stress sur le cœur

Conclusion :

Pour conclure, Le stress et la dépression sont en forme plus intense occasionnel ou quotidien, a une très mauvaise réputation, le stress est essentiel perçue à la survie, est aussi une réaction physiologique et psychologique à une situation ;la dépression est plus intense et dure plus longtemps. Une tristesse qui s'accompagne d'une incapacité à faire face à la vie quotidienne peut être un signe de dépression.

En situation de stress, le corps subit diverses modifications qui passent pour la plupart inaperçues. Les lipides libérés dans le sang par les cellules pour fournir de l'énergie supplémentaire sont convertis en cholestérol. Les plaquettes, des éléments du sang qui interviennent dans la coagulation, deviennent plus « collantes » et s'accumulent sur les parois des artères. La tension artérielle augmente pendant des périodes prolongées et nous sommes moins disposés à bien manger, à faire de l'exercice régulièrement et à nous reposer suffisamment. Ces effets négatifs cumulés augmentent le risque de maladie cardiovasculaire.

En final, La dépression peut entraîner une hausse du taux d'hormones du stress, ce qui a des répercussions directes sur la santé cardiovasculaire, comme un risque accru de caillots sanguins et de lésions sur la paroi intérieure des vaisseaux sanguins. Ces phénomènes peuvent entraîner une accumulation de plaques d'athéromes et le développement de l'athérosclérose, un durcissement des artères. De plus, la dépression n'augmente indirectement le risque de problèmes cardiaques, car elle affaiblit le système immunitaire et, comme l'anxiété, elle influe sur les décisions entourant l'activité physique, l'alimentation, le tabagisme et l'observance du traitement médicamenteux. Les personnes aux prises avec la dépression ont souvent moins d'énergie et plus de difficultés à adopter un mode de vie sain.

Chapitre II

Présentation de la maladie cardio-vasculaire et cardiopathie

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

Préambule :

Les maladies cardio-vasculaire et cardiopathies ont joué rôle dévastateurs sur la vie des algériennes depuis plusieurs années.

Un grand nombre de personnes vivent avec la maladie cardiovasculaire, il importe de s'intéresser également à la prévalence et à la morbidité de la maladie ainsi qu'aux facteurs de risque dans la population.

Les indicateurs de santé publique liés à l'hospitalisation et à la mortalité y sont présentés de façon à mettre en évidence les variations selon l'âge et le sexe.

Les maladies cardiovasculaires (MCV) touchent, comme leur nom l'indique, le cœur et tous les vaisseaux sanguins qui parcourent tout le corps et le cerveau, Le cœur est logé dans le médiastin antérieur délimité latéralement par les poumons, en bas par la coupole diaphragmatique, en avant par le sternum et le grill costal, en haut par la trachée et les gros vaisseaux et en arrière par le médiastin postérieur contenant l'œsophage. Les maladies des coronaires (maladies ischémiques) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont les principales causes de mortalité dans le monde, responsables de 15 millions de décès au total en 2015. Elles ont été les premières causes de mortalité dans le monde au cours des 15 dernières années (Source OMS).

Les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de décès en Algérie. Elles sont responsables de la mort d'un Algérien sur 4, soit 40 000 morts par an. Une situation qui inquiète de plus en plus les spécialistes, qui appellent à la mise en place d'une stratégie nationale de lutte contre les facteurs de risque, dont certains sont modifiables. L'augmentation d'événements et d'accidents cardio-vasculaires est liée, selon eux, directement au changement du mode de vie des Algériens (EL WATAN, Congrès du collègue algérien des cardiologues).

I. Le Cœur :

Caractéristique :

- II. - Taille 12 cm de long sur 9 cm de large
- III. - Poids 250 – 350 g (0,4 à 0,5% MC)
- IV. - Fréquence 60 – 80 batt / min (bpm)
 - V. - Batt. / jour 100 000
 - VI. - Batt. / vie 3 milliards
- VII. - Vol. éjection 80 ml / battement
 - VE / jour 8000 litres / jour

Le cœur est un muscle creux comportant 4 cavités (2 oreillettes et 2 ventricules) Ce muscle est encore appelé myocarde, c'est un muscle strié qui se contracte automatiquement. Cet automatisme propre au muscle cardiaque est possible grâce à un tissu spécifique qui s'appelle

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

le tissu nodal pourvu de qualités électriques. Le cœur a un circuit électrique incorporé. Le cœur comporte 4 valves qui évitent toute régurgitation entre les 4 cavités. Le sang y circule donc dans un seul sens. Le cœur comporte son propre réseau circulatoire qui l'alimente : il est vascularisé par les artères et les veines coronaires. Il est innervé, en effet il est relié au système neurologique sympathique et parasympathique.

Est un muscle creux, situé au niveau du thorax entre les poumons et reposant sur le diaphragme. Ce muscle est une pompe ayant pour fonction de propulser le sang vers tous les organes de l'organisme. Il pompe 5 litres de sang par minute et battra environ 3 milliard de fois au cours d'une vie entière. La structure interne du cœur se compose de 3 couches avec de l'intérieur vers l'extérieur : **l'endocarde, le myocarde et le péricarde.**

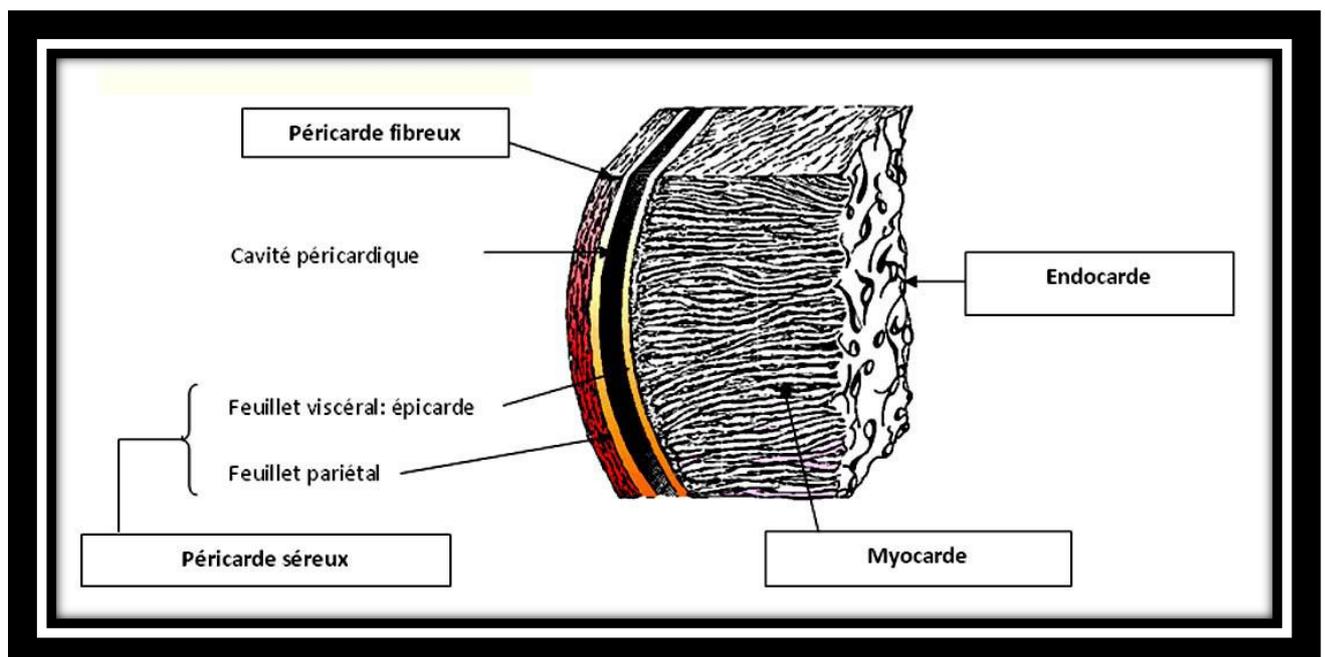


Figure 3: La structure interne du cœur

1. **L'endocarde :** L'endocarde tapisse les cavités cardiaques, les valves et les cordages. Il comporte un endothélium (épithélium pavimenteux simple) en continuité avec celui des gros vaisseaux caves, pulmonaires et aortique ; il est associé par l'intermédiaire de sa lame basale à une couche sous-endothéliale de tissu fibro-élastique auquel se mêlent des cellules musculaires lisses. Au niveau des cordages et des valves, il est au contact d'un tissu conjonctif dense, tandis qu'au niveau des cavités il est séparé du myocarde par une couche sous-endocardique de tissu conjonctif lâche bien vascularisé renfermant des fibres nerveuses, des vaisseaux sanguins de petit calibre et dans les ventricules les ramifications du tissu cardionecteur du réseau de Purkinje.
2. **Myocarde :** Le myocarde constitue le substratum fondamental de la paroi cardiaque. Il est plus épais où les pressions s'exercent le plus (ventricules plus qu'oreillettes (atriums) et ventricule gauche davantage que ventricule droit). Le myocarde est organisé sous

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

forme de travées myocardiques ; entre ces travées, l'environnement conjonctif est riche en capillaires sanguins et en fibres nerveuses sensibles

-Muscle strié particulier du point de vue histologique et physiologique :

a) histologiquement :

Les fibres musculaires striées du myocarde ne sont pas indépendantes les unes des autres comme c'est le cas des autres muscles striés du corps.

Elles sont rattachées les unes aux autres et forment un réseau appelé un Syncytium.

b) physiologiquement :

Seul muscle strié de l'organisme qui échappe au contrôle de la volonté.

Fonctionnement autonome.

3. Péricarde :

péricarde tapisse l'extérieur du cœur et est en fait le feuillet viscéral de la séreuse péricardique qui se réfléchit ensuite au niveau des gros troncs artériels pour se continuer par le feuillet pariétal (médiastinal) du péricarde. Il est donc constitué d'un mésothélium (épithélium pavimenteux simple) reposant par l'intermédiaire de sa lame basale sur une couche sous-mésothéliale conjonctive comportant en particulier des fibres élastiques. Péricarde reste séparé du myocarde par une couche sous-péricardique où l'on observe une épaisse couche de tissu adipeux, des nerfs et les vaisseaux coronaires (artères et veines coronaires et leurs branches). Le système de séreuse (cavité péricardique avec ses deux feuillets pariétal et viscéral) permet le glissement du cœur et autorise ses variations volumétriques sans entrave ni compression environnante.

A-L'anatomie de cœur :

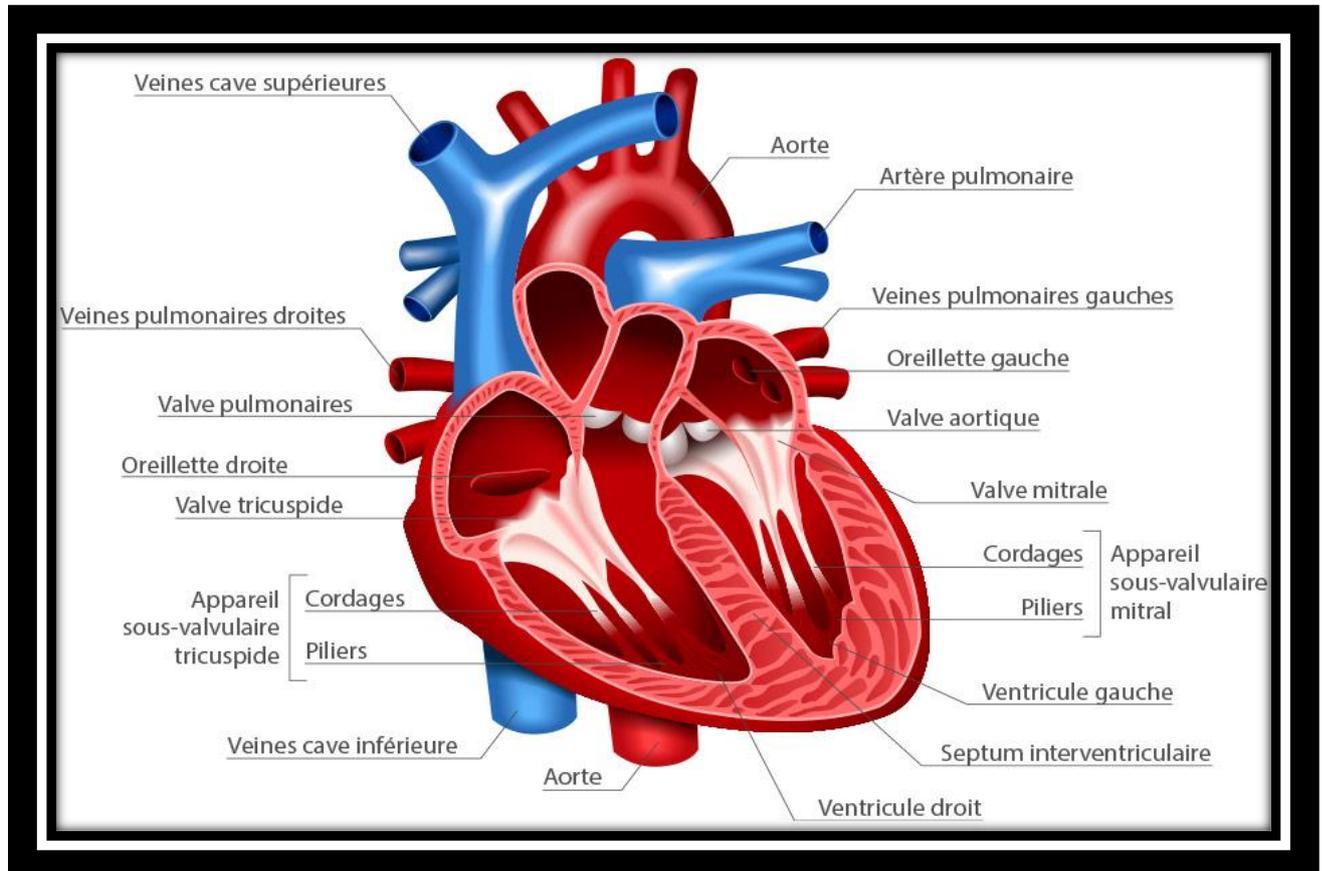


Figure 4: L'anatomie du cœur

1-Généralité :

1.1-vue de base :

Le cœur est vu par sa base après section de l'aorte et de l'artère pulmonaire juste après leur origine, et ablation des deux oreillettes, juste au-dessus de la jonction auriculo-ventriculaire. On voit ainsi les quatre appareils valvulaires du cœur en position de fermeture.

- En haut, c'est la valvule pulmonaire avec ses trois valves sigmoïdes, chacune présentant au milieu de son bord libre le nodule de Morgagni.
- Au-dessous, est visible la valvule aortique avec ses trois valves également, la droite au-dessous de la naissance de l'artère coronaire droite, la gauche au-dessous de l'origine de l'artère coronaire gauche, et la postérieure en arrière.
- En bas et à droite, est située la valvule tricuspide avec ses trois valves, antérieure, septale et inférieure, l'orifice tricuspide étant circonscrit par l'artère coronaire droite.
- En bas et à gauche, on voit l'orifice mitral circonscrit par l'artère circonflexe. La valvule mitrale possède deux valves, la grande valve et la petite valve séparées par les commissures antérieure et postérieure. (Anatomie du cœur humain - C. Cabrol, R. Vialle, H. Guérin-Surville)

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

A la jonction des trois orifices, aortique, mitral et tricuspide et des trois anneaux fibreux qui les bordent, est constitué un épais noyau fibreux, le trigone droit.



Figure 5 : Vue crâniale des orifices mitraux

1.2-Vue inférieure du cœur :

La vue inférieure du cœur montre les faces inférieures des quatre cavités : en haut et en arrière, l'oreillette droite en avant de la veine cave inférieure ; en bas et à droite, le ventricule droit ; à gauche, le ventricule gauche.

Ces quatre cavités sont séparées par quatre sillons qui se réunissent au centre, à la « croix » des sillons.

- Dans le sillon auriculo-ventriculaire gauche, chemine le sinus veineux coronaire qui reçoit la grande veine coronaire, la veine oblique de Marshall, la veine inférieure du ventricule gauche et la petite veine coronaire.
- Dans le sillon interventriculaire inférieur, courent l'artère et la veine de même nom.
- Le sillon auriculo-ventriculaire droit est parcouru par l'artère coronaire droite qui longe la petite veine coronaire et donne à la croix des sillons l'artère rétro-ventriculaire gauche. L'artère coronaire droite a émis au bord droit du cœur une grosse branche marginale.

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

- Au bord gauche du cœur, apparaît une artère latérale, branche de l'artère circonflexe qui se termine habituellement à la face inférieure du ventricule gauche. (Anatomie du cœur humain - C. Cabrol, R. Vialle, H. Guérin-Surville)

2. Configuration intérieur du cœur :

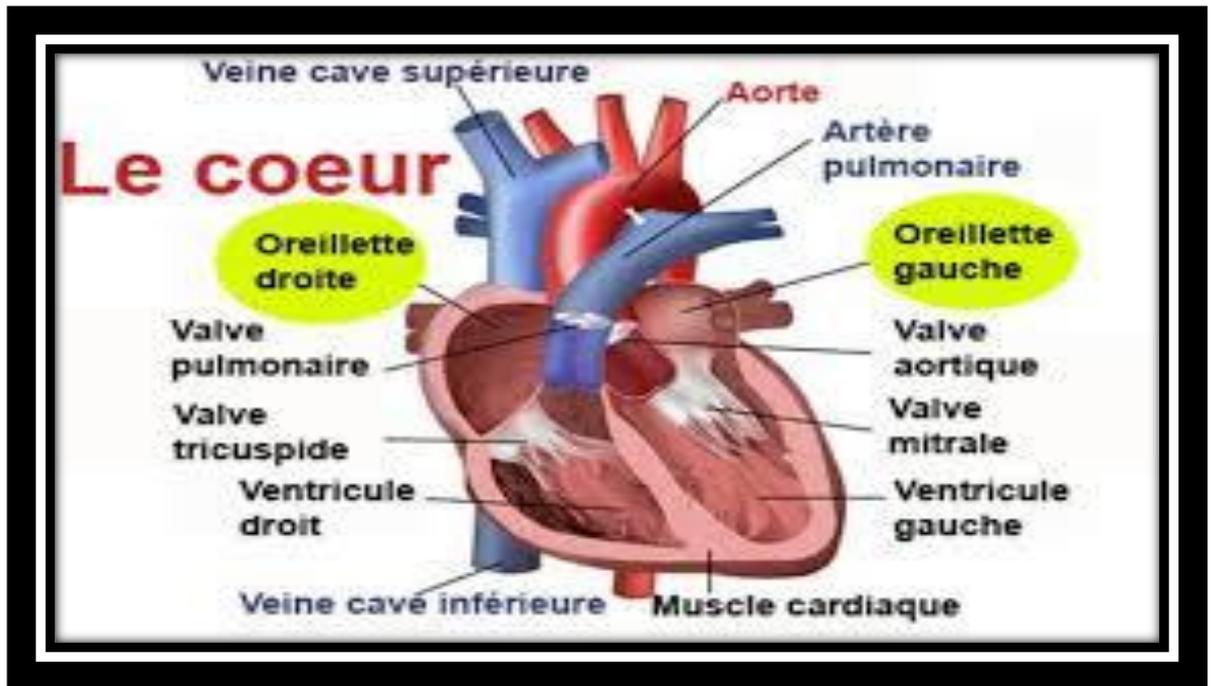


Figure 6 : l'intérieure du cœur

2.1-Coupe horizontale du cœur :

La coupe horizontale du cœur passant par la huitième vertèbre thoracique montre que des quatre cavités cardiaques, l'oreillette gauche est la cavité postérieure (entre les veines pulmonaires droites

Et gauches), l'oreillette droite, la cavité droite, le ventricule droit, la cavité antérieure et le ventricule gauche, la cavité gauche.

Cette vue-coupe montre également le plancher des quatre cavités avec les appareils valvulaires, mitral et tricuspide. Dans le sillon auriculo-ventriculaire droit, court l'artère coronaire droite. Dans le sillon auriculoventriculaire gauche, court l'artère circonflexe. Noter la précarité de l'attache des parois auriculaires aux parois ventriculaires. Les deux portions de la cloison interventriculaire sont bien

visibles : portion musculaire épaisse, portion membraneuse (pars membranacea) mince. L'attache de la valve de la tricuspide sépare cette portion membraneuse en une partie interventriculaire proprement dite et une partie séparant l'oreillette droite du ventricule

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

gauche. Le cœur est entouré du péricarde qui forme en avant, à droite et à gauche la grande cavité péricardique, et, en arrière de l'oreillette gauche, le cul de sac de Haller séparant le cœur des organes médiastinaux postérieurs.

(Anatomie du cœur humain Cabrol, R.Vialle, H. Guérin-Surville,(2002))

2.2-coup verticalement du cœur :

Divisé en 2 parties

- le cœur droit et le cœur gauche qui ne communiquent pas entre elles
- cœur droit chargé en CO₂
- cœur gauche chargé en oxygène (A REVENIR)

3-Les gros vaisseaux :

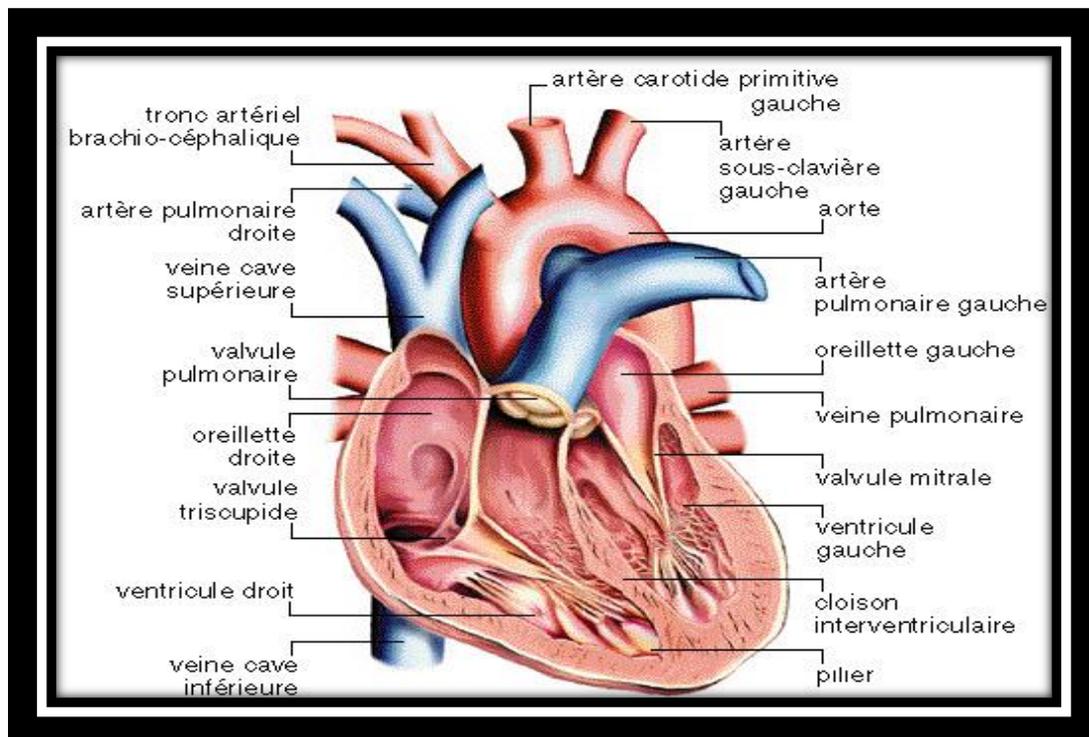


Figure 7 : Les gros vaisseaux du cœur

Est une malformation cardiaque congénitale (présente à la naissance) caractérisée par une position inversée des gros vaisseaux, artère pulmonaire et aorte, à la base du cœur.

3.1- artère pulmonaire : qui va véhiculer le sang vers les 2 poumons elle se divise en 2 branches :

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

- AP Droite (vers poumon droit)
- AP Gauche (vers poumon gauche)

Aussi munie de valvules sigmoïdes pulmonaires (3 valves)

Les artères sont les vaisseaux qui partent du cœur, l'artère pulmonaire sort du ventricule droit et se divise en deux pour irriguer chaque poumon puis pour se diviser encore en artères lobulaires puis encore en petites

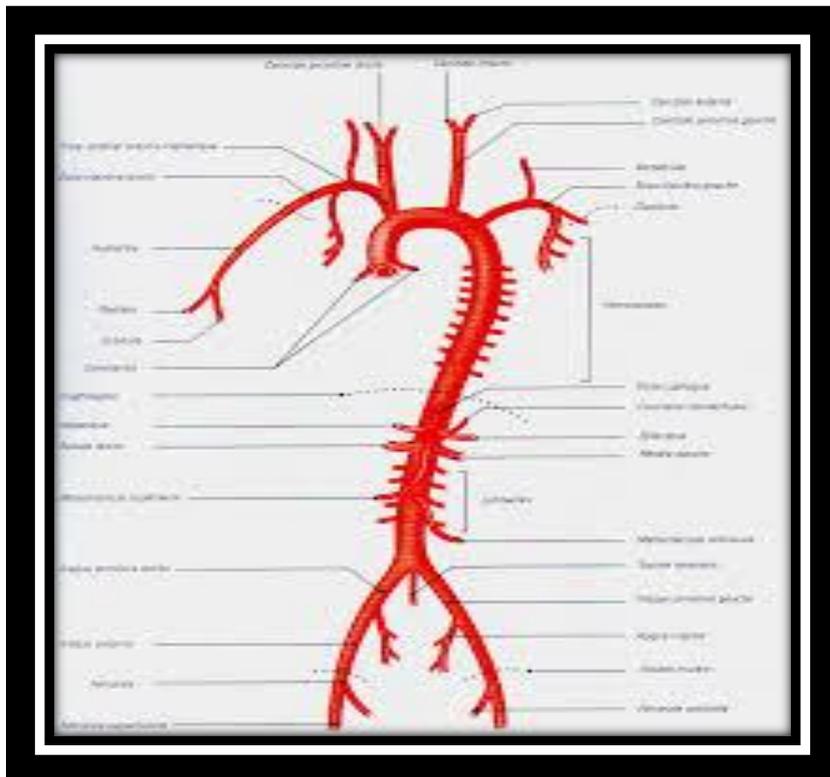


Figure 8: Artères = artérioles et enfin qui aboutissent aux alvéoles pulmonaires.

L'aorte qui sort du ventricule droit forme la crosse aortique qui s'enroule autour du cœur et d'où vont partir :

- les artères coronaires
- le tronc brachio-céphalique qui irrigue la tête par le biais des carotides, le cou par les sous-clavières

Et l'artère vertébrale, les membres supérieurs (artères axillaires sous le bras et les artères humérales au niveau du bras, les artères radiales, les artères cubitales, les artères interosseuses et les artères palmaires).

2-Les capillaires :

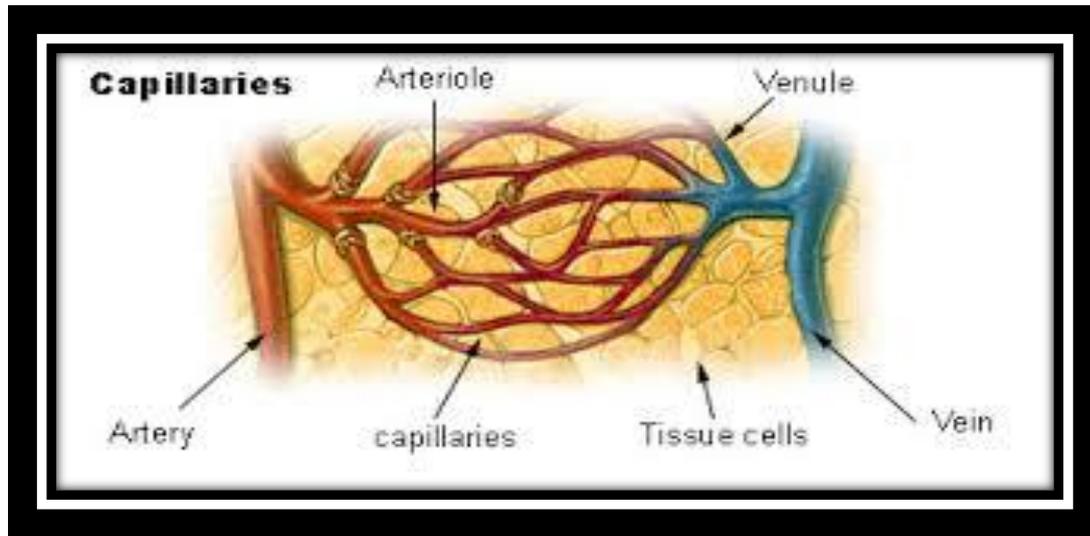


Figure 09 : Les capillaires

Ce sont des vaisseaux très fins (5 à 2 μ) et très nombreux (3000 / cm^2 de peau) Dans ces vaisseaux, circule le sang, il s'égoutte lentement. Les capillaires constituent un réseau intermédiaire entre les artères et les veines.

Ils sont constitués d'une seule couche de cellules. La paroi est très fine ce qui permet une diffusion très rapide des substances dissoutes (lieu d'échanges avec les cellules très riches) Les capillaires sont extensibles, ils constituent 7000 m^2 de surface d'échange entre le sang et les tissus, par exemple les globules blancs vont pouvoir traverser leur paroi et jouer ainsi un rôle dans les réactions de défense des tissus. La distribution des liquides des capillaires vers les tissus environnants dépend des différentes pressions qui existent dans les capillaires et les vénules (= capillaire veineux) Normalement, les liquides passent dans les veines mais si les capillaires sont distendus, la diffusion augmente et l'excédent de filtration sera drainé par le système lymphatique

3.3- les veines : Les veines ramènent le sang de la périphérie vers le cœur, elles sont très dilatables et peuvent servir de réservoir sanguin. La plupart des veines suivent les trajets des artères et se trouvent même souvent incluses dans une même gaine de protection. Elles portent le même nom que les artères auxquelles elles se rapportent sauf les gros troncs qui pénètrent dans le cœur (veines caves) sauf le système qui relie le mésentère au foie (veine porte) sauf les veines de surface de la cuisse (les saphènes) Des veines dites perforantes relient les veines superficielles aux veines profondes. Dans l'endothélium, les veines comportent des veines ou des petites valvules qui empêchent le reflux.

Le retour veineux est du :

- aux résidus de la force propulsive systolique (lors de la systole) cardiaque
- à la dépression abdominale qui provient des mouvements respiratoires du diaphragme

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

- à l'écrasement de la semelle veineuse lors de la marche
- aux messages musculaires des veines profondes lors de la marche
- à la retenue valvulaire

Débouchent dans les oreillettes :

• veines pulmonaires (- 4 -) vont aboutir au niveau de l'OG • veines caves aboutissent au niveau de l'OD par 2 vaisseaux :

- VCInf : ramène le sang de la partie inférieure de l'organisme
- VCSup : ramène le sang de la tête et des membres supérieurs

3.4-Histologie des vaisseaux :

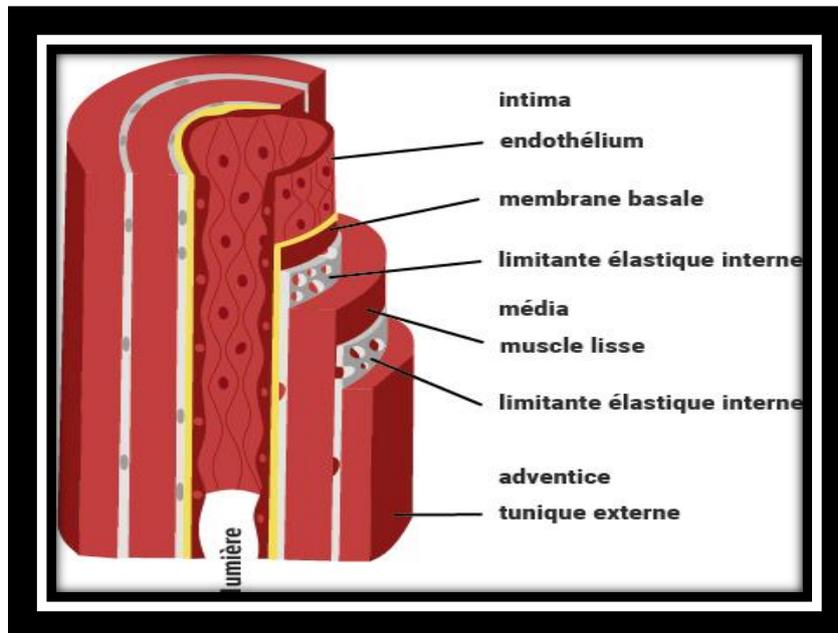


Figure 10 :Les vaisseaux

Tous les vaisseaux sauf les capillaires comprennent 3 couches

-L'intima est un tissu très actif sur le plan métabolique, il favorise des interactions permanentes avec le sang avec lequel il est en contact permanent.

-Le média constitue la charpente musculo-élastique des vaisseaux, la quantité de fibres musculaires et de fibres élastiques dépend des types de vaisseaux

-L'adventice est une zone d'innervation et de vascularisation importante. Elle permet la motricité nerveuse (le système neurologique agit) et l'apport nutritif aux vaisseaux.

4- La circulation lymphatique :

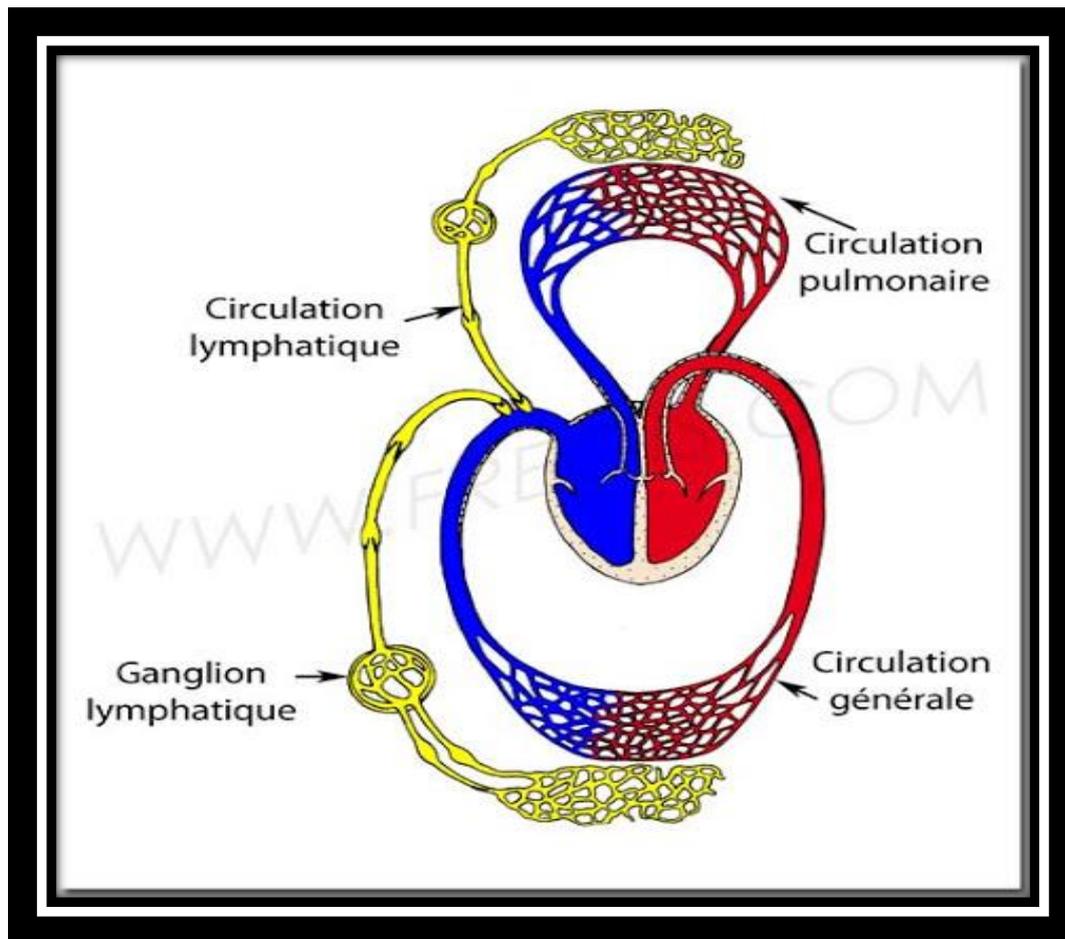


Figure 11 : La circulation sanguine dans le cœur

Il se compose de deux parties plus ou moins indépendantes :

- un réseau veineux de vaisseaux lymphatiques
- divers organes et divers tissus lymphatiques disséminés à divers endroits stratégiques dans l'organisme

Les vaisseaux lymphatiques ramènent dans la circulation sanguine le surplus de liquide interstitiel résultant de la filtration de capillaires = rôle épurateur. Les organes lymphatiques abritent les phagocytes et les lymphocytes qui sont les gantes essentiels de la défense de l'organisme et de la résistance aux maladies

Principalement en regard des infections bactériennes et virales. (GRENET ;(2004)
ANATOMIE CARDIO-VASCULAIRE, paris.)

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

B-Physiologie du cœur :

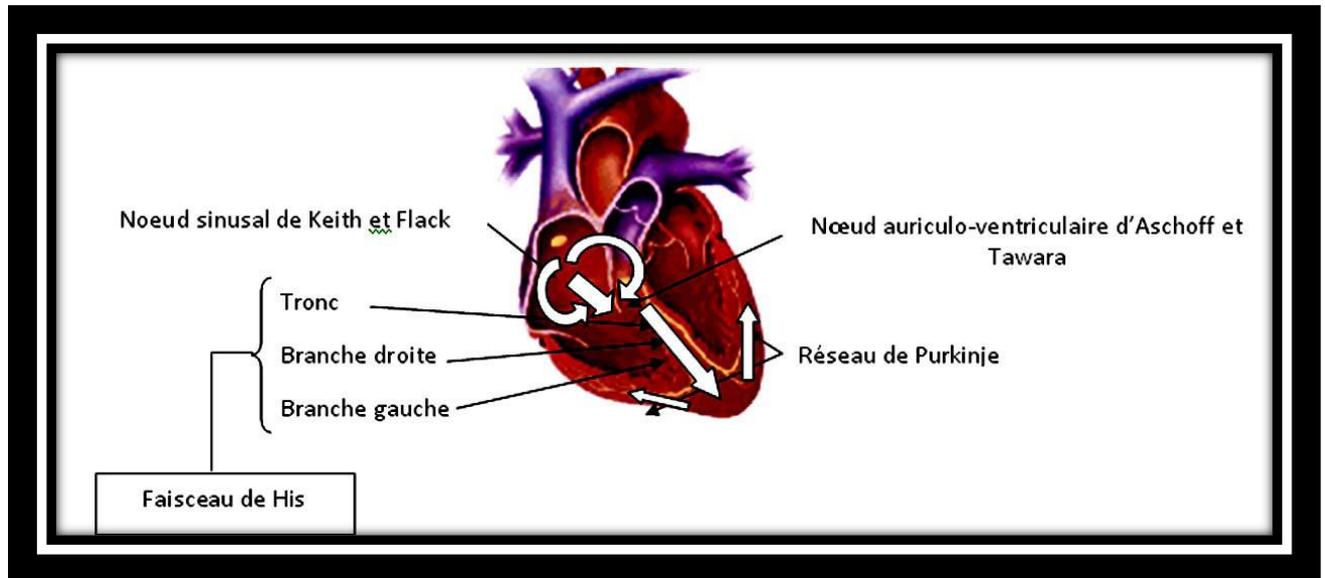


Figure 12 : Physiologie du cœur

Schématiquement, l'appareil cardio-vasculaire se compose d'une pompe à fonctionnement alternatif (le cœur), d'un réseau de distribution à haute pression (les artères) se terminant par des résistances variables (les artéioles), d'un circuit de petits vaisseaux au niveau desquels s'effectuent les échanges (les capillaires), et d'un circuit de retour à basse pression vers le cœur (les veines).

Le cœur comporte deux pompes propulsives fonctionnant parallèlement : le « cœur gauche » assurant la circulation systémique et le « cœur droit » assurant la circulation pulmonaire. Chacun comporte un atrium (ou oreillette) qui collecte le sang et un ventricule qui l'expulse vers l'artère pulmonaire en direction des poumons pour le ventricule droit et vers l'aorte en direction des autres organes pour le ventricule gauche. La circulation systémique alimente ainsi en parallèle les différents organes par les branches de division de l'aorte. Le sang issu de ces organes, pauvre en oxygène et riche en déchets est collecté par les veines caves inférieure et supérieure pour être ramené à l'atrium droit.

La vascularisation du myocarde est assurée par les artères coronaires et le sinus coronaire qui s'abouche directement dans l'atrium droit. Les poumons reçoivent par l'artère pulmonaire, du sang veineux (à faible teneur d'oxygène) mais ils reçoivent en outre du sang artériel par les artères bronchiques (constituant la vascularisation systémique pulmonaire) qui se drainent dans l'atrium gauche, mêlant ainsi un peu de sang veineux au sang artériel ramené à l'atrium gauche par les veines pulmonaires. (Chung, M.K., and Rich, M.W. Introduction to the cardiovascular system)

1-Fonctionnement cardiaque :

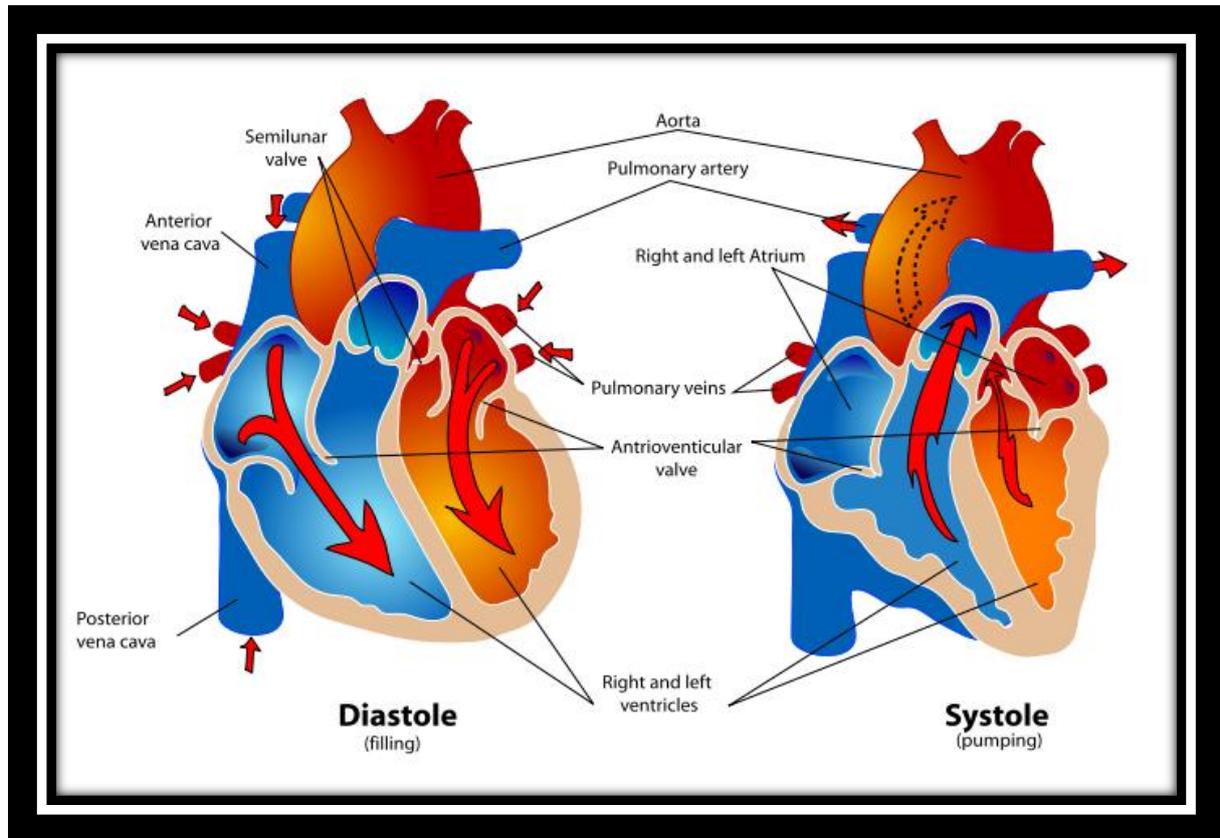


Figure 13 : Fonctionnement cardiaque

Le « service rendu » par le cœur à l'ensemble des organes et tissus est un débit sanguin, apportant l'oxygène et les nutriments, et éliminant les déchets du métabolisme. Ce débit doit être fourni sous une certaine pression, permettant le réglage de la distribution sanguine dans chaque organe en fonction de ses besoins propres sans compromettre l'équilibre général. Cette pression dépend du débit cardiaque (Q_c) et de la résistance circulatoire périphérique totale (RPT):

$$P = RPT \times Q_c$$

Le cœur est le muscle le plus solide de l'organisme. Asymétrique, situé au milieu de la poitrine, entre les poumons, il a plus ou moins la forme d'une poire et la grosseur d'un poing. Son rôle est de faire circuler le sang chargé d'oxygène et d'éléments nutritifs dans l'ensemble du corps, puis de le ramener vers lui et les poumons où il est filtré et ré oxygéné avant de repartir, et ce, en moyenne 70 fois par minute. Une brève description de trois éléments de la physiologie du système cardiovasculaire montre à quel point une activité physique régulière et une alimentation saine jouent un rôle majeur dans le maintien de ses capacités.

(David E Newby et Neil R Grubb, éditions Elsevier : Cardiologie)

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

a-Le débit sanguin :

Le débit cardiaque est le produit de la fréquence des battements cardiaques (Fc) par le volume d'éjection systolique (VES) :

$$Q_c = F_c \times VES \text{ exprimé en mL ou L/min}$$

b- Le volume d'éjection systolique :

Le volume d'éjection systolique (volume sanguin éjecté par chaque ventricule par minute) dépend de la force de contraction du ventricule (ou «force d'éjection») et de l'ensemble des forces qui s'y opposent (post charge). Cette force de contraction est réglée par un mécanisme intrinsèque (la Loi de Starling) et des mécanismes extrinsèques (système nerveux autonome, hormones, médicaments...). La Loi de Starling stipule que tout étirement des fibres myocardiques entraîne une augmentation de leur contractilité. Ainsi en cas d'augmentation du volume télé diastolique il existe une augmentation du volume d'éjection systolique et donc du débit cardiaque par augmentation de la force de contraction ventriculaire.

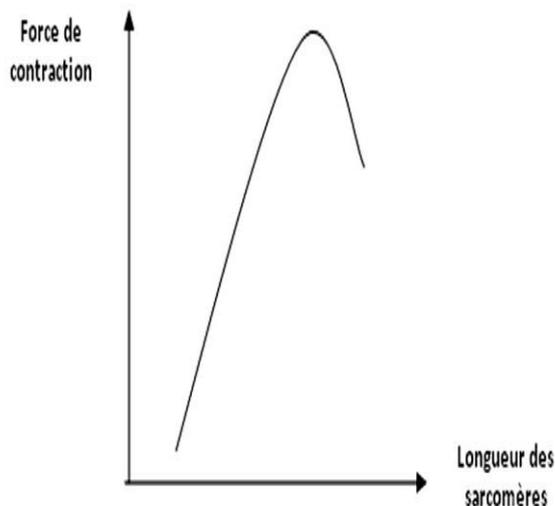


Figure 14 :Loi de Starling

Le débit cardiaque peut être mesuré de différentes manières dont les plus utilisées sont la mesure par l'échographie cardiaque ou par cathétérisme droit (cf. examens complémentaires). Sa norme au repos est de 5L/min environ mais varie en fonction des conditions (effort, état d'hydratation, anémie, grossesse...). Pendant l'effort du fait d'une augmentation des besoins en oxygène, le débit cardiaque augmente grâce à une augmentation de la fréquence cardiaque et du VES pouvant atteindre une valeur de 30L/min. Souvent le débit cardiaque est indexé à la surface corporelle : on parle d'index cardiaque (IC) dont la norme est de 3,5L/min/m².

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

L'éjection ventriculaire se fait presque entièrement pendant la première moitié de la systole et le remplissage des ventricules est achevé, en majeure partie, dans le premier tiers de la diastole : il y a donc une réserve de temps qui permet de maintenir un volume suffisant malgré une élévation de la fréquence cardiaque. En effet, l'éjection, comme le remplissage des cavités, ne seront que peu affectés par une diminution de la durée du cycle cardiaque. Pour des fréquences très élevées, la contraction auriculaire est primordiale dans le remplissage ventriculaire

c- Pré charge et post charge :

Le pré charge correspond au sang qui entre dans les ventricules avant leur contraction. La post charge est l'opposition à l'écoulement de sang lorsqu'il est éjecté du ventricule et qu'il rencontre la masse sanguine présente dans les vaisseaux. Le débit cardiaque varie avec ses 2 composantes : il diminue en cas d'augmentation de la post charge (ex : hypertension artérielle, rétrécissement aortique, cardiopathie hypertrophique obstructive) et de diminution de la pré charge (ex : déshydratation, hypovolémie) et augmente en cas de diminution de la post charge et d'augmentation du pré charge.

d-Adaptation à l'effort :

Pendant l'effort, les besoins en oxygène augmentent. La quantité d'oxygène utilisée par un muscle est égale au produit du débit sanguin de ce muscle par la différence artérioveineuse en oxygène. A l'effort 2 mécanismes vont permettre d'augmenter les apports en oxygène au muscle :

- l'augmentation du débit sanguin des muscles
- l'augmentation de l'extraction d'oxygène par le muscle du sang qui le vascularise
- L'augmentation du débit sanguin du muscle sera possible par 2 mécanismes :
 - L'augmentation du débit cardiaque
 - La redistribution du sang des zones musculaires les plus inactives aux zones les plus actives
- L'augmentation de l'extraction d'oxygène par le muscle :

au repos le muscle prélève une partie de l'oxygène présent dans le sang artériel. La différence artérioveineuse représente cette extraction. A l'effort, le muscle accroît son extraction sanguine en oxygène : la différence artérioveineuse augmente. Ce mécanisme est indépendant du muscle cardiaque. Cette adaptation musculaire peut être améliorée par un entraînement physique régulier comme lors de la rééducation cardiovasculaire chez les patients coronariens ou insuffisants cardiaques.

e-Mécanismes régulateurs :

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

Pour réguler le système cardiovasculaire en fonction des conditions physiologiques de nombreux mécanismes neurologiques et/ou humoraux interviennent parmi lesquels :

- Le système nerveux central
- Le système nerveux sympathique dont la stimulation augmente la fréquence cardiaque et la contractilité myocardique
- Le système nerveux parasympathique dont l'effet est inverse par rapport au système nerveux sympathique
- Des sécrétions hormonales.

(Collège des enseignants de Cardiologie : Référentiel national)

II. Cardiopathie :

1-Les facteurs de risque de la cardiopathie :

1.1-Facteurs De Risque Non Modifiables :

- **Âge** : c'est un facteur de risque continu qui accroît progressivement l'incidence des complications de l'athérome aortique, coronaire puis carotidien et l'insuffisance cardiaque. Ce risque devient significatif à partir de 50 ans chez l'homme et 60 ans chez la femme.
- **Sexe masculin** : avant 70 ans, deux tiers des infarctus surviennent chez l'homme. Cette différence diminue chez la femme après la ménopause et disparaît après 75 ans. L'influence des estrogènes naturels explique la plus faible incidence des complications de l'athérome chez la femme que chez l'homme.
- **Hérédité** : les antécédents familiaux cardiovasculaires, coronaires, d'Accident Vasculaire Cérébral < 55 ans pour le père ou < 65 ans pour la mère

1.2-Facteurs De Risque Modifiables :

-Tabagisme :

Il accroît les lésions athéromateuses, par altération de la fonction endothéliale, avec perturbation de la vasomotricité, activation de l'agrégation plaquettaire et baisse du High Density Lipoprotéine (lipoprotéine de haute densité)-cholestérol. Il est athérogène et pro thrombotique. Son risque relatif est de 5 pour l'infarctus et > 2 pour l'artériopathie des membres inférieurs. Ce risque relatif existe aussi lors de tabagisme passif. Le risque est proportionnel à l'exposition au tabac, évaluée en paquets-années. Le bénéfice de l'arrêt du

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

tabac est rapide : disparition de l'augmentation du risque relatif en 3 ans et diminution de 50 % du risque de récurrence chez un coronarien.

-Hypertension artérielle :

Elle se définit par des valeurs de pression > 140 mmHg pour la systolique (Pression Artérielle Systolique) ou > 90 mmHg pour la diastolique (Pression Artérielle Diastolique). Tous les types d'Hypertension Artérielle sont des facteurs de risque : HTA permanente, paroxystique, traitée ou non. Son risque relatif est de 7 pour les AVC et 3 pour la maladie coronaire et 2 pour l'artériopathie des membres inférieurs. Avant 55 ans, ce risque est corrélé autant aux valeurs de pressions systoliques que diastoliques. Après 60 ans, la corrélation est plus forte avec la pression pulsée (PAS – PAD), donc surtout la pression systolique chez les personnes plus âgées. Le traitement de l'HTA baisse de 40 % le risque d'AVC et de 15 % celui de l'infarctus.

-Dyslipidémies :

Parmi les anomalies des lipides circulants, le principal facteur de risque des maladies cardiovasculaires est l'élévation du Low Density Lipoprotein (lipoprotéine de basse densité)-cholestérol, cholestérol lié aux lipoprotéines de faible densité > 1,60 g/L (4,1 mmol/L). Le LDL-cholestérol est corrélé positivement au risque de maladie cardiovasculaire, alors que le HDL-cholestérol a une corrélation négative, s'il est > 0,40 g/L (1 mmol/L). L'élévation seule des triglycérides (> 2,0 g/L) n'est pas un facteur de risque (indépendant), mais peut le devenir lors d'association avec d'autres éléments (cf. syndrome métabolique). Le LDL-cholestérol a un rôle direct sur l'accroissement des plaques d'athérome et sur leur rupture par instabilité. L'hypercholestérolémie a un risque relatif de 3 pour les maladies coronaires, plus important que pour l'artériopathie et les AVC. L'efficacité du traitement des hypercholestérolémies a été le principal facteur de baisse de la mortalité cardiovasculaire (- 30 % en 20 ans).

-Diabète :

Le diabète est défini par deux dosages à jeun > 1,26 g/L (7 mmol/L) ou un seul dosage de glycémie > 2 g/L (11 mmol/L). Les diabètes I ou II sont tous associés à une augmentation du risque cardiovasculaire. Les complications cardiovasculaires sont plus précoces à partir de 30 ans, pour le diabète I, mais l'incidence galopante du diabète II en fait un facteur de risque très préoccupant. Son risque relatif est > 2, provoquant surtout l'artériopathie plus que la maladie coronaire et l'AVC. Mais le diabète se complique encore plus souvent de lésions micro vasculaires, (rétinopathies et néphropathies). Ce risque relatif augmente lors d'anomalies rénales. Le traitement du diabète avec un objectif d'hémoglobine glyquée (HbA1c) à 6,5 % diminue l'incidence des complications cardiovasculaires.

-Insuffisance rénale :

L'insuffisance rénale chronique est associée à une forte incidence des complications cardiovasculaires, comparable à la gravité du diabète sur le système cardiovasculaire.

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

-Autres facteurs de risque :

Ils sont nombreux mais leur responsabilité causale directe est moindre ou ils agissent par aggravation des facteurs de risque principaux.

- **Sédentarité** : ○ la comparaison de populations sédentaires et actives physiquement attribue un risque relatif d'infarctus de 2 à 3 à la sédentarité. C'est un facteur de risque indépendant, mais surtout aggravant d'autres facteurs de risque très souvent associés : HTA, diabète, dyslipidémies et surpoids ; ○ la lutte contre la sédentarité diminue l'incidence des complications cardiaques et vasculaires ; c'est la base de la réadaptation cardiaque et du traitement de l'artériopathie des membres inférieurs en prévention secondaire.

- **Obésité** : ○ l'indice de masse corporelle (Indice de Masse Corporelle ○ le risque cardiovasculaire est corrélé avec cet IMC, d'autant plus que l'obésité est androïde, par prépondérance de graisses intra-abdominales ; ○ très souvent associée à d'autres facteurs de risque (HTA, diabète), sa prise en charge est difficile mais indispensable, la perte de poids est corrélée avec une diminution des complications cardiovasculaires.

- **Syndrome métabolique** : il est lié à l'insulino-résistance qui expose à un double risque, des complications cardiovasculaires fréquentes et un taux élevé d'apparition du diabète. Ce syndrome métabolique se définit par la présence de trois des cinq éléments suivants : ○ obésité abdominale : tour de taille > 102 cm (homme) ou > 88 cm (femme) ; ○ HDL-cholestérol : < 0,40 g/L (1 mmol/L) chez l'homme et < 0,50 g/L (1,3 mmol/L) chez la femme ;

- triglycérides > 1,5 g/L (1,7 mmol/L) ;

- pression artérielle > 130/85 mmHg ;

- glycémie à jeun > 1,10 g/L (6,1 mmol/L).

2-Risque Cardiovasculaire Global :

Le risque cardiovasculaire est la probabilité de développer une maladie cardiovasculaire symptomatique dans une période de temps définie (souvent 10 ans). Il doit donc être calculé dans la population qui n'a pas encore extériorisé de pathologie cardiovasculaire. L'estimation rapide du risque cardiovasculaire global se fait par le nombre de facteurs de risque, car l'épidémiologie a clairement montré que le risque de complications cardiovasculaires dépend plus du nombre de facteurs de risque présents que de l'intensité de chacun. Le risque global n'est pas l'addition de chacun des risques relatifs, mais leur multiplication. Au minimum, le nombre de facteurs de risque cardiovasculaire doit être connu pour chaque patient.

Cette énumération des principaux facteurs de risque est un élément du risque global et intervient dans la prise en charge. À partir du niveau de chaque facteur de risque relatif, des

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

échelles de score calculent le risque cardiovasculaire global (la probabilité d'apparition d'un symptôme ou d'une complication cardiovasculaire) ; ainsi, l'échelle de morbi-mortalité de Framingham est la plus diffusée. D'autres échelles calculent la probabilité de mortalité cardiovasculaire pendant une période de 10 ans comme l'échelle Systematic COronary Risk Evaluation de la Société européenne de cardiologie. L'évaluation des six principaux facteurs de risque – âge, antécédents familiaux, tabac, HTA, diabète, dyslipidémies – associe un bilan lipidique et glucidique à l'examen clinique. (Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention, Collège des Enseignants de Cardiologie et Maladies Vasculaires - 3-Les principales complications de la cardiopathie

3- Les Principales Complications De La Cardiopathie :

3.1-Cardiopathies congénitales :

La mortalité secondaire à ces cardiopathies est rare, à l'exception des patientes présentant un syndrome d'Eisenegger ou une hypertension artérielle pulmonaire, Un travail multicentrique canadien a analysé de fac, on prospective près de 600 grossesses chez 562 patientes porteuses de cardiopathies congénitales (74 %), acquises (22 %) ou arythmiques (4 %). Dans cette série, la classe fonctionnelle NYHA, l'existence d'une cyanose, d'une pathologie obstructive cardiaque gauche, d'une défaillance de la fonction systolique du ventricule gauche ou un antécédent d'événement cardiovasculaire, notamment d'arythmie, étaient prédictifs de complication cardiovasculaire maternelle, survenant dans 13 % des cas.

3.2-Shunts gauche/droit :

Ils sont généralement bien tolérés pendant la grossesse et le travail du fait de la diminution physiologique de la post charge, qu'ils soient en rapport avec une atteinte du septum auriculaire, ventriculaire ou la persistance du canal artériel. La morbidité maternelle associe arythmie, hypertension artérielle pulmonaire et dysfonction ventriculaire droite, notamment dans le cas de shunts larges ou associés à une hypertension artérielle pulmonaire préexistante. Le risque d'accident embolique paradoxal reste possible avec la diminution des résistances vasculaires systémiques et la progression de l'hypertension artérielle pulmonaire qui peut conduire à l'inversion du shunt.

3.4-Hypertension artérielle pulmonaire :

Associée à une malformation cardiaque dans le cadre du syndrome d'Eisenmenger ou isolée, l'hypertension artérielle pulmonaire a un très mauvais pronostic au cours de la grossesse, les modifications physiologiques conduisant à une augmentation importante du travail d'un ventricule droit hypertrophié sur une post charge augmentée. Les différentes séries retrouvent une mortalité maternelle entre 30 et 40 % et une mortalité néonatale entre 10 et 15 %. La prise en charge consiste en l'administration d'une oxygénothérapie, de vasodilatateurs pulmonaires type NO et d'inotropes et d'un accouchement dans un environnement et avec des équipes habituées à ce type de pathologie.

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

3.5-Cardiopathies cyanogènes :

Elles comportent principalement la tétralogie de Fallot, la transposition des gros vaisseaux, l'atrésie tricuspide et le ventricule unique. La majorité de ces pathologies nécessitant une réparation chirurgicale dans l'enfance, la mortalité n'est pas augmentée en cas de fonction ventriculaire normale et d'absence de cyanose après correction. En cas de persistance de la cyanose, la morbidité materno-fœtale est importante avec une morbidité maternelle de 30 % associant décompensation cardiaque, accident vasculaire cérébral, embolie pulmonaire et troubles du rythme et seulement 43 % de naissances vivantes.

3.6-Cardiopathies valvulaires :

Les cardiopathies valvulaires sont dans l'ensemble bien tolérées, notamment pour les valvulopathies fuyantes, avec une mortalité maternelle faible. Néanmoins, la morbidité materno-fœtale est importante avec progression d'une classe NYHA chez 62 % des patientes, un épisode de décompensation cardiaque chez 28 % des patientes et une morbidité fœtale pour 23 % des grossesses, toutes valvulopathies confondues. Dans nos pays, les cardiopathies valvulaires ne concernent pratiquement que des individus migrants, ce qui peut constituer une source de difficultés en raison notamment d'un suivi cardiologique insuffisant, du caractère instable de l'atteinte cardiaque et d'une observance des traitements (particulièrement anticoagulants) aléatoire.

3.7-Coarctation de l'aorte : Elle est associée à une faible mortalité mais à une augmentation de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse chez les patientes présentant un gradient supérieur à 20 mmHg, augmentant le risque de survenue d'une dissection aortique. Le contrôle de cette hypertension artérielle est donc primordial mais difficile du fait de la nécessité de maintenir une pression de perfusion au-delà de la coarctation, notamment au niveau des artères utérines pour permettre le développement fœtal.

3.8-Cardiopathies ischémiques :

La cardiopathie ischémique est une affection réputée moins fréquente en Afrique subsaharienne par rapport à l'Occident. En effet, sa prévalence est estimée à 2,1 à 5 pour 100.000 habitants contrairement à l'Europe où elle se situe entre 25 à 640 pour 100 000 habitants. Par contre, son taux d'incidence s'accroît de décennie en décennie vraisemblablement du fait des moyens diagnostiques plus performants, mais peut être aussi de changement du mode de vie surtout en zones urbaines. Ce phénomène est valable au Sénégal et en particulier à l'Hôpital Principal de Dakar où soixante-dix-sept cas ont été colligés en 15 mois dans un service de médecine à orientation cardiologique. Les conséquences de cette affection sont lourdes du fait de l'absence de moyens thérapeutiques modernes et des difficultés inhérentes à la prise en charge de toute affection au long cours dans les pays en développement. Le but de notre étude consiste à étudier les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques de la cardiopathie ischémique dans un hôpital urbain africain à l'orée du 21ème siècle. (Cardiopathies Ischémiques En Afrique : Experience De L'hôpital Principal De Dakar M. Thiam, G. Cloatre, F. Fall, X. Theobald, J.L Perre).

4- Les symptômes cardio-vasculaires :

1. Les douleurs ou pression situés en arrière de sternum, la douleur peut être située au niveau des peules .le long de dos et au niveau du cou ou des dents
2. permanente de repos.
3. dyspnée pour des efforts peu intenses de la vie courante, tels que la marche en terrain plat ou la montée des escaliers (> 2 étages)
4. douleur au niveau de l'estomac .appelée mal digestion. (Ibid.p200).

5-le traitement :

L'insuffisance cardiaque est cette incapacité du cœur à pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins de l'organisme. C'est un problème de santé grave qui se traduit, entre autres, par un essoufflement et une fatigue disproportionnés par rapport à l'effort produit. Le besoin de traiter des troubles du rythme dépend des symptômes et de la gravité de ces troubles du rythme, Le cœur se divise en 4 parties : deux oreillettes et deux ventricules. C'est le nœud sinusal, situé dans l'oreillette droite, qui régule les battements du cœur. De là, l'influx électrique chemine jusqu'aux ventricules par un tissu spécialisé appelé tissu nodal. Dans certaines circonstances anormales, il arrive que la transmission de l'influx électrique du cœur soit ralentie, voire interrompue, ralentissant le rythme cardiaque. C'est ce qu'on appelle la bradycardie. À l'inverse, si le tissu nodal génère une activité anormale, cela peut déclencher des extrasystoles ou des tachycardies. C'est ce qu'on appelle les troubles du rythme cardiaque.

6- Facteurs L'apparition De Troubles Du Rythme :

- L'âge avancé.
- L'hypertension artérielle, l'anémie, les maladies de la thyroïde, une forte fièvre.
- Les excitants cardiaques dont l'abus de café, la nicotine, l'alcool, certains médicaments, certaines drogues.
- Les troubles de l'équilibre de certains éléments (en particulier le calcium et le potassium) en circulation dans le sang. C'est ce que l'on appelle les troubles hydro-électrolytiques puisque ce sont les ions + et - qui régissent l'influx électrique.
- Des facteurs psychiques tels la dépression ou le stress.
- Un changement climatique trop brutal, surtout chez une personne âgée.

(La Fédération Française de Cardiologie finance : la prévention, la recherche, la réadaptation et les gestes qui sauvent grâce à la générosité de ses donateurs).

7-Les Arythmies (Anomalies Du Rythme Cardiaque) :

L'arythmie est une anomalie qui affecte la fréquence cardiaque normale. En présence d'arythmie, le cœur a tendance à battre trop lentement (bradycardie), trop vite (tachycardie)

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

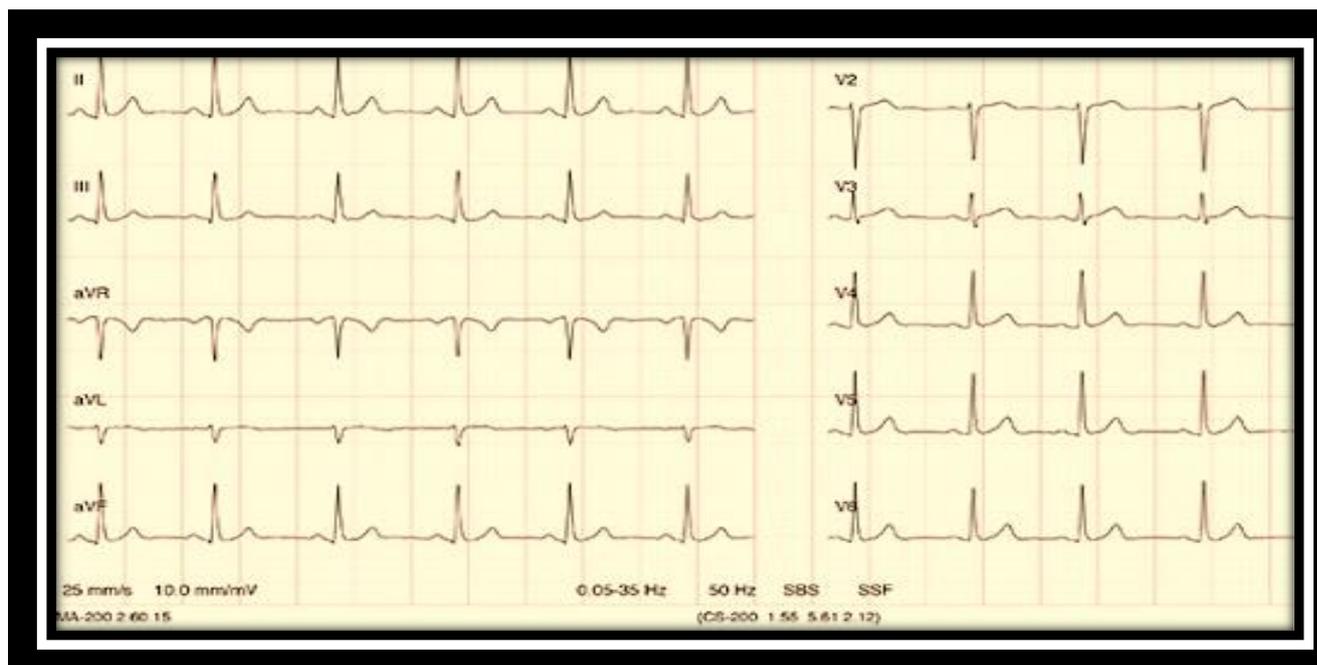
ou de façon irrégulière. Ces anomalies peuvent influencer sur la quantité de sang que le cœur arrive à pomper.

Les battements de cœur sont contrôlés par des impulsions électriques qui voyagent à travers le cœur librement, en temps normal. Ces petites décharges entraînent la contraction des ventricules et des oreillettes du cœur dans un certain ordre bien établi, de façon à propulser le sang dans les poumons puis dans tout l'organisme. Ces impulsions électriques sont provoquées par le stimulateur cardiaque naturel du cœur appelé « nœud sinusal » ou « nœud sino-auriculaire »

De nombreuses formes d'arythmie n'entraînent aucun problème de santé; toutefois, elles peuvent causer divers symptômes gênants, comme des étourdissements ou une douleur dans la poitrine. D'autres formes d'arythmies, plus dangereuses, ont des répercussions sur l'apport sanguin et nécessitent de ce fait une prise en charge médicale. Si on ne les traite pas, elles peuvent mener à un accident vasculaire cérébral, à une crise cardiaque, à une insuffisance cardiaque ou à une mort subite.

La forme la plus commune d'arythmie est la fibrillation auriculaire. Il existe différents types de fibrillation auriculaire; certains ne durent que quelques secondes, tandis que d'autres sont permanents. Cette maladie est plus fréquente chez les personnes âgées et peut avoir de nombreuses causes différentes.

La fibrillation ventriculaire est la forme d'arythmie la plus dangereuse. Sous cette forme, les ventricules du cœur perdent leur capacité de se contracter, ce qui interrompt la circulation du sang dans le corps et le cerveau. La fibrillation ventriculaire entraîne une perte de connaissance rapide et le décès; une décharge électrique (défibrillation) est alors nécessaire pour que le cœur se remette à battre. (L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa).



Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

Figure 15 :électrocardiogramme

Dans certains cas d'arythmie, l'implantation d'un dispositif permet d'aider le cœur à fonctionner correctement.

8-Un stimulateur cardiaque ou pacemaker :

Un stimulateur cardiaque est un petit dispositif que l'on implante dans la poitrine d'un patient pour aider son cœur à battre normalement. Il est relié à des régions précises du cœur à l'aide de petits fils appelés « sondes ».

Leur fonction est la stimulation électrique des cavités ventriculaires et/ou auriculaires pour palier un défaut d'activité nodale ou de conduction (acquis ou induit). Leurs indications ont été récemment étendues au traitement de l'insuffisance cardiaque évoluée, de la cardiomyopathie hypertrophique et de certaines fibrillations auriculaires. Ils sont « mono », « double » ou « triple » chambre, selon qu'ils stimulent une, deux ou trois cavités. (Stimulateurs cardiaques et défibrillateurs automatiques implantés :connaissances basiques pour le réanimateur, C. Mathiena, S. Pynna, T. Le Maitrec, M. Chauvinb, F.Schneider, (2006) 137–144).

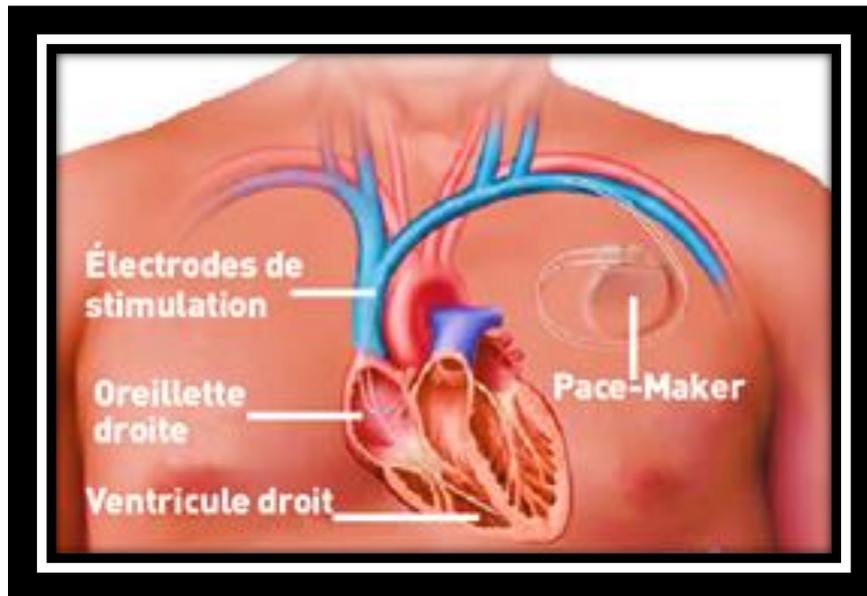


Figure 16 : Stimulateur cardiaque

8.1-Indication de stimulation dans les troubles de conduction :

La stimulation peut être définitive ou temporaire. La stimulation sera définitive lorsque le trouble de conduction est responsable ou expose à un risque élevé de bradycardie ventriculaire ou d'asystolie. S'il est des cas évidents (BAV III, BAVII avec un grand nombre d'ondes P bloquées, bloc de branche alternant, bradycardies ou pauses sinusales symptomatiques, syncopes récidivantes de plus de 3 secondes induites par le massage carotidien), il reste très complexe de poser l'indication de la stimulation. La stimulation sera temporaire en général

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

dans les cas d'urgence : infarctus du myocarde, intoxication médicamenteuse, post-opératoire de chirurgie cardiaque ou en cas de dysfonction d'un pace maker déjà en place.

8.2-Modalités de la stimulation cardiaque :

Tous les PMK ont une capacité de détection de l'activité cardiaque spontanée et de stimulation. Les PMK simple-chambre ont une sonde placée dans l'oreillette droite (OD) ou à la pointe du ventricule droit (VD). Le programme est caractérisé par un code à 4 lettres : - les 2 premières lettres décrivent les cavités stimulées et détectées, - la 3^e lettre désigne la réponse du PMK en cas d'activité spontanée - la 4^e lettre est un "R" en cas d'asservissement de la stimulation à l'effort : capteurs de mouvements, de vibrations et/ou de variation de ventilation. (Pace Maker, Ph. Rault, 2006).

Il est indiqué, notamment, dans les cas :

- de patients ayant un rythme lent (une bradycardie symptomatique ou asymptomatique) ;
- de patients qui doivent bénéficier, absolument, d'un traitement anti-arythmique bradycardisant (qui ralentit le rythme du cœur) ;
- de patients dont le réseau électrique du cœur ne fonctionne pas correctement.

8.3-Le stimulateur cardiaque se compose de deux éléments :

Un boîtier : c'est le petit ordinateur qui est alimenté par une pile. Il est mis en place lors d'une procédure chirurgicale au niveau de la partie supérieure du thorax (région pectorale). Il contient 1, 2 ou 3 « prise(s) » afin d'y connecter les sondes.

Les sondes (une, deux ou trois selon l'indication) : ce sont les câbles qui vont véhiculer le courant électrique. Une extrémité des sondes est connectée au boîtier, l'autre est acheminée au niveau du cœur par la veine sous-clavière (veine qui se situe au niveau de l'épaule). (Le stimulateur cardiaque, CHR Namur Unité de cardiologie, 2011).

8.4-Les caractéristiques des stimulateurs :

Les stimulateurs cardiaques sont programmables : on peut modifier les paramètres du pacemaker à l'aide d'un programmeur externe que l'on place sur la peau, en regard du boîtier.

Certains stimulateurs cardiaques possèdent une mémoire que l'on peut interroger à l'aide du programmeur. Les informations stockées concernent, notamment :

- Le modèle.
- La date d'implantation.
- Les paramètres programmés.

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

- Les problèmes cardiaques qui se sont produits.

(Le stimulateur cardiaque, CHR Namur - Unité de cardiologie, 2011)

8.5- Les risques de stimulateur cardiaque :

♥ L'intervention pour insérer un stimulateur cardiaque s'appelle une implantation. L'implantation d'un stimulateur cardiaque est considérée comme une intervention mineure et de routine, les problèmes ou risques sont négligeables. Il est normal qu'une ecchymose apparaisse autour du site d'implantation.

♥ Toutefois, comme toutes les interventions médicales, des problèmes peuvent toujours survenir. Bien qu'ils soient rares, il est important de connaître ces problèmes potentiels (ceux-ci sont énumérés ci-dessous du plus vraisemblable au moins vraisemblable) .

♥ Il est important de vous renseigner auprès de votre médecin sur les risques d'implantation d'un stimulateur cardiaque dans votre cas.

8.6-La Particularités des stimulateurs cardiaques :

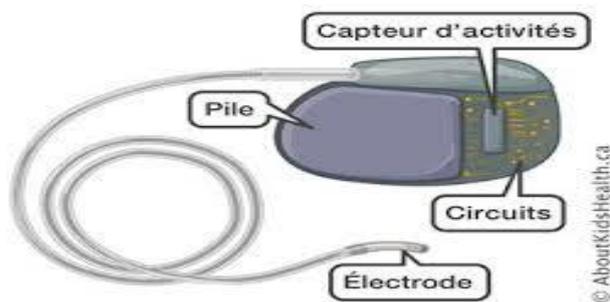


Figure 17 : Un Pacemaker

Il existe deux types de stimulateurs cardiaques :

▮ À simple chambre : (rarement utilisé) : un fil du stimulateur est placé dans l'oreillette ou dans le ventricule, selon le problème de l'enfant. Ce type de stimulateur perçoit le rythme cardiaque naturel de l'enfant et envoie une impulsion dans cette chambre seulement quand c'est nécessaire.

▮ À double chambre : (le plus fréquemment utilisé) : deux fils du stimulateur sont insérés, l'un dans l'oreillette et l'autre dans le ventricule. Ce type de stimulateur permet de coordonner les contractions auriculaires et ventriculaires et imite ainsi le processus normal des contractions du cœur. Si l'impulsion naturelle ne s'est pas produite après un délai normal, le stimulateur enverra une impulsion électrique dans l'oreillette ou dans le ventricule ou les deux à la fois.

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

8.7-Il existe deux méthodes pour implanter un stimulateur cardiaque:

a-Implantation endoveineuse : l'intervention a lieu dans la salle de cathétérisme cardiaque, sous fluoroscopie. On installe la sonde électrode dans l'oreillette et/ou le ventricule droit par une grande veine située en haut de la poitrine (sous-clavière gauche). Le générateur d'impulsion est placé dans une petite poche de tissu que le chirurgien ou le cardiologue a préparée à cet effet en haut de la poitrine. Une fois le stimulateur implanté, l'enfant quittera la salle de cathétérisme pour la salle de réveil ; il sera ensuite reconduit à sa chambre. Il peut arriver qu'un enfant ait besoin d'aller aux soins intensifs si une surveillance sur moniteur cardiaque est nécessaire.

b-Implantation épicaudique : cette méthode est principalement utilisée chez les enfants de petit poids ou ayant une malformation qui empêche l'installation endoveineuse. L'intervention se fait en salle d'opération. On installe le fil du stimulateur sur la surface externe du cœur en faisant une incision sur le côté du thorax (thoracotomie). Le générateur d'impulsions est placé dans une petite poche de tissu que le chirurgien a préparée à cet effet dans le haut du ventre. Une fois l'intervention terminée, l'enfant va aux soins intensifs pendant 2 jours minimum et retourne ensuite à sa chambre.

➤ **-Durée d'hospitalisation :**

◆ Implantation endoveineuse : environ 24 heures, car c'est une chirurgie mineure qui se fait à la salle de cathétérisme cardiaque.

◆ Implantation épicaudique : environ 5 jours, car c'est une chirurgie qui se fait en salle d'opération. (Le Stimulateur cardiaque permanent, Isabelle Pagé , Danielle Lajoie,2015)

8.8-Préparation À La Chirurgie :

a-

• **Avant et Après l'intervention**

1 Rencontre avec une infirmière : Vous serez contacté pour une rencontre préparatoire en vue de l'implantation de votre stimulateur cardiaque. Une infirmière complètera une collecte de données qui permettra de mieux vous connaître et répondre adéquatement à vos besoins. Nous vous demandons d'apporter votre profil médicamenteux à jour (demandezle à votre pharmacien où vous prenez vos médicaments) pour cette rencontre et lors de vos prochaines visites à l'IUCPQ. De plus, on vous donnera l'information nécessaire en ce qui a trait à l'intervention. Dans l'éventualité où vous ne pouvez être présent à cette rencontre, la préparation sera effectuée à l'hôpital le matin même ou la veille de l'implantation de votre stimulateur cardiaque si vous êtes hospitalisé.

• **-Avant l'intervention :**

♥ Après l'admission, on vous fera passer dans la salle d'attente pour l'intervention.

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

♥ Si vous êtes déjà un patient de l'hôpital, votre équipe soignante vous aidera à vous préparer pour l'intervention.

♥ Un membre du personnel infirmier vous installera une perfusion intraveineuse dans l'un de vos bras pour administrer des médicaments avant l'intervention.

♥ On vous fera faire des prélèvements sanguins ainsi qu'un électrocardiogramme (ECG).

♥ Le médecin viendra vous parler de l'intervention et vous devrez signer un formulaire de consentement.

- **Pendant l'intervention :**

♥ La plupart des patients ne sont pas endormis pendant l'intervention. On vous donnera un médicament pour vous détendre et vous faire sentir à l'aise.

♥ Le médecin injecte un médicament anesthésiant sous la peau pour « insensibiliser » la zone dans laquelle le stimulateur cardiaque sera implanté.

♥ Une petite entaille ou incision est pratiquée sur le côté gauche ou droite de la partie supérieure de la poitrine (du thorax) juste en-dessous de la clavicule. Votre médecin vous indiquera à l'avance le côté à privilégier dans votre cas.

♥ À l'aide d'une radiographie spéciale, le médecin guidera la sonde (ou les sondes) de stimulation à travers une large veine jusqu'au cœur.

♥ Une fois les sondes accrochées (implantées) à l'intérieur du cœur, des tests seront effectués pour vérifier qu'elles fonctionnent correctement.

♥ Le générateur du stimulateur cardiaque est alors logé dans un endroit sous la peau. L'incision est refermée avec des points de suture qui vont se dissoudre par eux-mêmes avec le temps.

♥ L'intervention durera environ 1 heure.

- **Après l'intervention :**

♥ On vous déplace dans la zone de rétablissement. Le personnel infirmier surveille votre rythme cardiaque et votre tension artérielle.

♥ Vous pourriez ressentir un certain inconfort autour de l'incision et avoir une épaule endolorie. Veuillez informer le personnel infirmier si vous ressentez de la douleur afin qu'il puisse vous donner des médicaments pour l'atténuer.

♥ Il vous indiquera également le moment où vous pourrez manger et boire sans danger.

♥ Il se peut que vous rentriez à la maison après ou que l'on vous déplace dans un autre service si vous devez rester à l'hôpital plus longtemps.

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

(Stimulateur cardiaque Guide destiné aux patients et aux familles Pacemaker A Guide for Patients and Families,2018).

b-Préparation psychologique :

- Visionnement du document vidéo « L'implantation d'un stimulateur cardiaque » : Ce document vidéo a été conçu spécialement dans le but de répondre à vos questions à propos de votre stimulateur cardiaque et de votre vie quotidienne après son implantation. Si possible, demandez à quelques personnes de votre entourage, parents ou amis, de regarder le document vidéo avec vous. Ces personnes vous permettront de discuter de cet événement particulier dans votre vie. Elles vous serviront de ressources importantes à la sortie de l'hôpital. Enfin, le fait de regarder le document vidéo avec d'autres personnes vous permettra de clarifier les points que vous aimeriez discuter avec votre infirmière votre médecin traitant ou encore avec votre chirurgien.
- Relaxation : Il existe divers moyens destinés à vous détendre et à mieux dormir, la veille d'une chirurgie. Ces moyens peuvent aussi être utiles à domicile. 17 Voici quelques suggestions :
 - ♥ prendre une tisane au lieu d'un thé ou d'un café, à l'heure du souper et en soirée;
 - ♥ marché un peu si cela vous est permis;
 - ♥ écouter une musique relaxante. Un programme de musique de relaxation est prévu avant l'heure du coucher à la télévision éducative de l'Institut. Pour plus d'informations, consultez la grille horaire affichée dans votre chambre.
 - ♥ Vous pouvez demander une médication relaxante à votre médecin traitant au cas où les moyens proposés pour vous détendre seraient inefficaces.(
Implantation d'un stimulateur cardiaque, Claire Langlois,2012).

Combien de temps dur l'intervention ?

Cette opération dure généralement 1 heure. Cependant, il arrive que la procédure dure plus longtemps car le chirurgien doit trouver l'endroit idéal pour placer l'extrémité de la sonde dans le cœur.

Chapitre II Présentation de la maladie cardiovasculaire et cardiopathies

Conclusion :

Avant l'intervention du « Pacemaker », de nombreux patients atteints de troubles du rythme cardiaque (bradycardie), étaient condamnés car, comme nous avons pu le voir, les troubles sont à l'origine d'insuffisance cardiaque si ce n'est d'arrêt cardiaque. Quoiqu'il en soit, les patients ne pouvant pas se soigner, leur vie était alors écourtée.

Aujourd'hui et depuis son intervention, de nombreux patients sont dépendants du « Pacemaker » qui permet à leur cœur de continuer à battre correctement. Le « pacemaker » a connu de grandes évolutions au fil des années grâce aux avancées scientifiques tant sur le plan esthétique, pratique et fonctionnel car en effet, bien avant, le « pacemaker » n'était pas implanté dans le corps, ainsi l'intervention du stimulateur cardiaque a permis d'améliorer la qualité de vie de nombreux malades mais également à augmenter leur espérance de vie.

Cependant, le « pacemaker » ne guérit pas les bradycardies, de ce fait les cardiopathies ont du mal à accepter leur maladie car beaucoup de changements sont survenus, leur vie et leurs comportements ont changé après un « pacemaker » ce qui induit des effets psychiques comme le stress et la dépression qui signifient comme une réponse au changement de leur santé et aussi il « corrige » et « seconde » le cœur de manière durable et efficace de certaines déficiences électriques sans pour autant le remplacer, grâce au stimulateur, les symptômes induits par les ralentissements excessifs de la fréquence cardiaque vont disparaître.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule :

La méthodologie est une partie importante dans une recherche scientifique. C'est la manière de faire une chose en suivant certains principes, certaines règles, et selon un certain ordre pour arriver à un but.

Tout travail scientifique doit être commencé par une pré-enquête afin d'assurer la validité, la faisabilité et la fiabilité d'un thème de recherche. Dans ce présent chapitre, on va présenter la méthode sur laquelle on s'est appuyé, ainsi que, les outils qu'on a utilisés, la population d'étude et le terrain où on a mené notre recherche.

1. La démarche de la recherche :

1.1. La pré-enquête :

La pré enquête c'est une étape très importante dans élaboration de toute recherche scientifique c'est la premier confrontation du terrain. D'après Madeleine Grawitz la pré enquête « constitue a essayé sur un échantillon réduit les instruments (entretien, questionnaire, analyse de contenu) prévus pour effectuer l'enquête, si l'on a des autres sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de t'elle technique, on peut explorer de façon limite le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs »GRAWITZ Madeleine ,méthode des sciences sociales, édition, Dalloz, paris, 2001, p550.

Elle est considérée comme une étape préparatoire de l'enquête, elle a pour objectif la connaissance du terrain d'étude à travers la collecte des informations et des données sur le sujet d'étude et sur une population déterminée.

La pré enquête nous a permis de collecter des informations d'une manière générale sur le thème de recherche, et notre pré enquête s'est déroulée a l'hôpital Akloul Ali à Akbou au niveau du service de médecine interne guidée par une psychologue clinicienne du 12/01/2020 a 12/03/2020.

Au début , cette étape nous a permet d'établir un bonne contacte avec les patients qui ont donné leurs consentement ; qui ont accepté de participer a notre recherche pour partager avec nous leur souffrance psychologique concernant leur maladies cardiaque .ainsi on a sélectionné 3 cas avec lesquels nous avons appliqué le teste du stress de Cohen et Williamson et l'échelle de dépression de Beck et quelques questions de guide de l'entretien, on a utilisé un entretien semi-directif on a constaté que ces outils ont été clarifié et facile pour l'application, et les résultats après les essaies et la modification de certain question dans notre guide d'entretien nous a confirmé que ces testes efficace pour effectué notre recherche.

2. Les méthodes utilisées :

2.1. La méthode de recherche :

Dans notre recherche nous avons opté pour la méthode clinique la plus appropriée et la plus efficace pour approcher à la vie intérieure des cardiopathies avec un stimulateur cardiaque.

La méthode clinique est une observation approfondie d'un individu, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence, c'est une méthode pratiquée déjà par les premières psychopathologues comme Freud et Janet. Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire de sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui et le mécanisme de défense).

Comme il permet aussi de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes entretien, teste projectifs, échelle clinique afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même son histoire et à son contexte de vie. (CH, Bénony(h), 2003, p 125).

Selon Lagache, 1949 la méthode clinique est : « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Bénony.H et Chahraoui.KH, 2003, P11).

C'est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes » (Huber, 1993).

La méthode de recherche utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluations, pour développer l'étude de cas ; elle permet l'observation profonde, et contenue des cas, connaîtront, que cette dernière se centre surtout sur la dynamique de la motivation de la personnalité et la compréhension des conflits psychologique chez l'individu à partir de son histoire passée.

Il s'agit pour le psychologue de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire. Et on arrive à ce qu'a appelé « **étude de cas** ». (Khadija CHAHRAOUI et Hervé Bénony, 2003, P11-12).

2.2-Etude De Cas :

Dans notre recherche on a adopté l'étude de cas qui fait partie des méthodes cliniques. C'est une démarche exploratoire où on décrit en détail une personne ou un petit groupe de personnes en s'appuyant sur l'observation approfondie des conduites ou l'administration

rigoureuse de test psychologique. Les études de cas sont employées en particulier par les cliniciens afin d'illustrer certains principes psychologiques à l'aide du portrait détaillé d'un individu, ce qui ne permet pas les généralisations ou les statistiques.

Elles présentent également une grande utilité pour chercheurs qui ne disposent parfois d'aucun autre moyen pour étudier une problématique donnée. (Tavris. C et Wade. C, 1999, p 39).

Étant donné que l'étude de cas permet de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet, elle nous permettra alors, dans le cadre de notre recherche sur le vécu psychologique des cardiopathes hospitalisée, de décrire la situation particulière de cette catégorie de malades, le but étant d'atteindre nos objectifs et vérifier nos hypothèses.

3. Le groupe de recherche et ses caractéristiques :

Cas	Age	Situation matrimoniale	Situation professionnelle	Niveau d'instruction	Type de stress	Type de dépression
Akli	70 ans	Marié	Directeur d'un établissement, Aujourd'hui en retraite	Niveau terminal (BAC)	Stress élevé, score de « 52 ».	Dépression sévère score de « 36 ».
Hassina	63 ans	Marié	Femme au foyer	Niveau terminal (BAC)	Stress élevé, score de « 43 ».	Dépression sévère score de « 33 ».
Bachir	69 ans	Marié	Comptable en retraite	Niveau élevé	Stress Moyen score de « 38 ».	Dépression légère score de « 18 ».

Tableau n°4 : Les caractéristiques du groupe de recherche

3.1. Critères homogènes :

1. Tous les cas de notre populations d'études ont subis une chirurgies cardiaque pour une transplantation d'un stimulateur cardiaque .

2. L'entretien clinique est fait après la transplantation du stimulateur cardiaque.

3.2. Critères non pertinent :

1. Le sexe n'est pas pris en considération car la maladie cardiaque ne touche pas seulement les hommes ou les femmes, mais les deux.

2. L'âge d'atteinte par cette maladie n'est pas été pris en considération lors du choix de notre groupe de recherche.

3. Leur niveau d'instruction

4. Présentation de lieu du stage :

Notre étude s'est effectuée au niveau de l'hôpital d'Akbou surnommée « Akoul Ali » est un établissement public chargé de recevoir les personnes qui ont besoin de soins médicaux ou chirurgicaux, il constitue de :

1 - Consistance physique :

La capacité technique de l'EPH d'Akbou est de 177 lits répartis comme suit :

1-Médecine homme : 33 lits

2-Médecine femme : 35 lits

3-Pédiatre : 33 lits

4-Maternité et gynécologie : 34 lits

5-Chirurgie (homme, femme, enfant) : 42 lits

6-Hémodialyse : 13 générateurs

7-P.U (pavillon des urgences) : 10 lits.

En plus des services d'hospitalisation il est doté d'un plateau technique consistant à un pavillon des urgences, un service de radiologie et un bloc opératoire (dont 4 salles opératoires).

2-Effectifs de l'établissement public d'Akbou :

Chapitre IV cadre méthodologique

54

Personnel médical :

_ Médecine spécialistes : 17

_ Médecines généralistes : 26

_ Pharmacienne : 1

Personnel paramédical :

_ Paramédicaux diplômés d'état : 113

_ Paramédicaux brevètes : 58

_ Aides soignants : 13

Personnel administratif et technique :

_ Personnel administratif : 46

_ Personnel technique et d'entretien qui s'éleva à 101.

5. Les outils de la recherche :

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil, dont la fonction essentielle, et de garantir une collecte d'observation et de mesures prétendues

scientifiquement acceptables et réunissant suffisamment de qualités d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques. (Aktouf. O, 1987, P81).

Dans notre recherche on s'est basé sur deux techniques, l'entretien clinique de type semi-directif, et l'échelle de dépression de Beck et l'échelle du stress perçu de Cohen et Williamson.

5.1-L'entretien clinique :

Selon Bénony et Chahraoui (1999), l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné. « L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens [...] vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation » Pour les auteurs, le principal but de l'entretien clinique est de comprendre l'homme dans sa totalité et dans sa singularité. (Bénony & Chahraoui, 1999, p.11).

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de donnée dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales, il représente un outil indispensable pour accéder aux informations subjectives des individus, biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves...etc.

Ce qui fonde la spécificité de l'entretien clinique de recherche, c'est le terme « clinique » qui renvoie à :

-Un champ de pratique et d'interventions du psychologue clinicien qui intéressent généralement le domaine des pions.

-Une attitude clinique (centration sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillante, respect) qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et à une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique. (Chahraoui. K et Benony. H, 2003, p 141).

La manière de mener un entretien s'appuie sur des règles technique (non directivité, semi-directivité) et sur une certaine attitude (attitude clinique) adopter par le psychologue clinicien : on peut dire que les aspects technique (non directivité ou semi-directivité) et latitude clinique du clinicien, et cela quelles que soient la modalité et les conditions de l'entretien. (Hervé. B, Khadija. Ch, 20130.p11-12).

5.2. L'entretien semi-directif :

Vue la qualité des informations recherchés nous avons opté pour l'entretien semi directif ; guide d'entretien avec plusieurs questions préparés à l'avance mais non formuler d'avance, dans ce type d'entretien le clinicien pose la question puis laisse parler le sujet, ce qui est proposé est avant tous une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours, l'aspect spontané des associations du sujet est moins présenter dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tous de même une attitude non directive, il n'interrompt pas le sujet, le laissé associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Chahraoui. Kh, 1996, p16).

Il se définit comme une technique directe d'investigation scientifique utilisé au près des individus pris d'isolement, mais aussi, dans certains cas, auprès des groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurer en profondeur les informations. (M. Anger, 1994, p144).

La semi directivité de l'entretien implique la disposition du chercheur d'un guide d'entretien avec plusieurs question préparées à l'avance mais non formuler d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (H. Bnouny, K. Chahraoui, 2003, p143).

5.3-Le guide d'entretien:

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré.

Pour créer un guide d'entretien, le clinicien commence par lire les différents thèmes et sous-thème a abordé lors de l'échange, à partir de ces thème, il va préparer une liste de questions semi ouvertes, ainsi que les relances (dans le cas ou les thèmes n'auraient pas été abordés spontanément par le sujet).

Une attention particulière doit être portée a la formulation des questions pour aider le sujet à donner son avis propre. Il est par exemple déconseillé d'utiliser le terme « pourquoi » qui appelle à une réponse très structurée et rationnelle et qui risque de couper le fil de la Communication.

(KH.Chahraoui,H.Benony,1999,P.16).

Donc le guide d'entretien comprend les axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelque questions à l'avance, toute fois celle-ci ne sont pas posées de manière directe ou hiérarchisées ; il s'agit davantage de thème aborder de formuler les relances pertinentes au

moment venu. Les différentes formes de relance doivent également faire l'objet d'une préparation à l'avance.

Pour ce faire nous avons construit un guide d'entretien qui comporte deux axes, et chaque axe comporte un ensemble de questions qui répond à nos hypothèses ;

-Le premier axe : information sur la maladie de patient.

-Le deuxième axe : Le vécu psychologique des patients.

Notre deuxième outil dans cette recherche est l'échelle de dépression Beck et l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson.

5.4-L'échelle de Beck :

a)-L'inventaire de dépression de Beck :(Beck Depression Inventory ou B.D.I. 1961, 1974) : sa version originale, américaine, comprend 21 items, chacun étant constitué de quatre phases correspondant à quatre degrés d'intensité croissante d'un symptôme. Il existe une version française de cet instrument (Pichot) de 23 items et une version abrégée de 13 items.

(Pichot, cité par Boyer.p, Guelfi.J.D et Pull.C.B, 1983, P25).

b)-Historique : Durant trente cinq ans, le BDI a connu un large succès sur le plan international pour évaluer la gravité de la dépression chez les sujets déjà Diagnostiqués comme dépressifs ainsi que pour repérer une dépression chez le Sujet de la population normale.

La passation durait approximativement 10 à 15 minutes ; le calcul des notes en Additionnant les évaluations de chacun des items.

En 1971, Beck et ses collaborateurs du Philadelphia center for cognitive therapy à l'université de Pennsylvanie ont commencé à utiliser une version modifiée du BDI : le BDI-A ; dans cette version, les formulations différentes pour décrire des symptômes identiques et les doubles négations ont été supprimées (Beck et al, 1979). Différentes versions expérimentales ont été testées et la version définitive (Le BDI-AI), établie en 1978, a été publiée aux Etats-Unis en 1979, Néanmoins, de nombreuses ultérieures continuèrent de citer la première version d BDI de 1961 ,Steer& Beck en 1985.En 1987 un manuel technique de BDI-AI a été publié aux Etats-Unis, L'édition du manuel de 1993 inclut de légères modifications des notes seuils recommandées pour déterminer la gravité des symptômes dépressifs.(Aaron.T, Beck et al,1998,P1-2-3).

C-Création des items du BDI « Beck depression Inventory » : Beck et ses collaborateurs ont commencé le travail d'élaboration du BDI-II en 1994.Des items évaluant des critères de dépression du DSM- IV. Ont été créés : Agitation, Difficulté à se concentrer et perte d'énergie. Ces items ont été composés de 27 Items ; des études ont été effectuées sur un échantillon de 193 patients

psychiatrique externes présentant divers troubles psychiatriques. Des analyses d'items et des analyses factorielles sur les réponses de cet échantillon ont permis de sélectionner les 21 items de la version définitive. (Aaron.T, Robert.A, Steer, Gregory.K, Brown, 1996, P4).

d- L'utilisation clinique : Le BDI-II permet d'évaluer la sévérité de la dépression, chez des patients (adultes et adolescents à partir de 16 ans). Le BDI-II a été élaboré comme un indicateur de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères du BDI-IV et non comme mesure spécifique de diagnostic clinique. Il faut être très prudent lorsqu'il est utilisé comme seul instrument diagnostique car la dépression peut être associée à des divers troubles diagnostiques primaires, allant du trouble panique à la schizophrénie. Bien que le BDI-II soit facile à administrer et à coter, seuls des professionnels possédant une bonne expérience clinique doivent l'interpréter. (Ibid.P6).

e- La consigne : il y a plusieurs modèles de consigne que le psychologue peut utiliser, mais la consigne que nous avons utilisé dans l'échelle est : « Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senties au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encercler alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi.

Si dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous avez ressenti, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe N°16(modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N°18 (modification de l'appétit) ».

F-Les notes seuils au BDI-II :

Note totale	Niveau
0-11	Minimum
12-19	Léger
20-27	Modérés
28-63	Sévère

Tableaux 05 : Niveau de dépression (Beck.A et Steer.A et al 1998, P9).

5.5- L'échelle de stress perçu « perceived stress scale » de Cohen et Williamson :

La PSS perceived stress scale est un outil qui se base sur l'approche transactionnelle du stress (Lazarus et Folkman, 1984) qui vise à appréhender les mécanismes psycho cognitifs du stress, elle permet d'évaluer la fréquence avec laquelle les situations de la vie sont généralement perçues comme menaçantes, imprévisibles, incontrôlables et pénibles.

L'échelle de stress perçu a été validée à partir d'un échantillon de 2347 sujets (960 hommes et 1427 femmes) représentatifs de la population américaine au niveau de sexe, l'âge, des revenus, de l'origine ethnique et de statut professionnel.

- **Versions existantes :**

-

La PSS 14 : qui comprennent 14 items.

La PSS 10 : items 1 à 3, 6 à 11 et 14 de la version 14.

La PSS 4 : items 2,6,7 et 14 de la version 14.

Afin de faire le lien entre les trois versions de la PSS, la numérotation des items de la version originale est conservée, quelle que soient les versions PSS 10 est la plus recommandée car c'est celle-ci qui présente les qualités psychométriques les plus satisfaisantes (Cohen et Williamson, 1988, Lee, 2012), la PSS 4a a été développée pour des cas où la mesure de stress perçu doit être rapide (enquête par téléphone notamment) (Langevin .v et all, 2012.P101).

- **La consigne :**

Répondez à chaque question ou entrant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

- **Le temps de passation :**

Administration rapide : environ 5 minutes pour les versions à 14 et 10 items.

- **La cotation :**

Echelle de fréquence en 5 points (de jamais à souvent)

Jamais : 1 point

Presque jamais : 2 points

Parfois : 3 points

Assez souvent : 4 points

Souvent : 5 points

Les items 4-5-6-7-9-10 et 13 sont notés en sens inverse

Souvent : 1 point

Assez souvent : 2 points

Parfois : 3 points

Presque jamais : 4points

Jamais : 5points

- **Interprétations des scores :**

Total > 25 : Pas de stress

Total 25 à 49 Stress moyen.

Total < 50 : stress élevé ou pathologique

Pour les questions des l'échelles dans certains cas on est obligé de les traduire en kabyle selon le niveau intellectuel et linguistique des patients cardiaques battue dans le but de recueillir des informations nécessaire.

Conclusion :

Ce chapitre nous a permis de comprendre le déroulement de la démarche clinique, et de connaître l'importance de l'étude de cas, ainsi que l'utilisation des techniques à suivre telles que l'échelle de dépression de Beck, et l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson.

Chapitre IV

Présentation, analyse et Discussion des résultats

Introduction :

Dans ce chapitre, nous allons faire une présentation, l'analyse de l'entretien et l'échelle Beck pour la dépression et l'échelle de stress de Cohen et William son, a fin de confirme notre hypothèses.

1. Présentation et analyse de l'entretien :

1.1. Présentation du cas n°1(M^f AKLI) :

Renseignements personnel :

Akli est un homme âgé 70 ans, l'ainé de cette fratrie dont trois garçons et une sœur, marie et père de huit filles et trois garçons, ayant un niveau scolaire terminal (bac), il était directeur d'un établissement, en ce moment est en retraite, il demeurant à el-kser.

Akli un homme blond de peau, grand taille, sportif, bien entretenue, il parle avec une timidité et parfois il bigue, mais avec le temps il s'est mis alaise, et a un Transfer positif envers nous, il reprend à nos question avec un sourire.

Axe 1 : connaissance des patients sur leurs maladies :

1.1-Santé physique :

Dans les antécédents médicaux de Akli n'a aucune maladie apparente, jusqu'à l'âge 60ans (25 juin 2010), attient la maladie cardiaque, mais sans qu'il fait un suivi médicamenteux, mais par contre on lui a proposé d'arrêté le sport, et de faire un régime alimentaire.

En 23 mai 2014, son médecin qui lui traite, lui déclare qu'il a une insuffisance cardiaque et qu'il est urgent d'être hospitalisé, c'était la premier hospitalisation pour lui, il est programmé pour opère après 2 MOIS d'une implantation d'un stimulateur cardiaque, Akli n'a pas accepté sa maladie.

1.2-Les complications de la maladie :

Akli nous a décrit sa souffrance avec cette maladie ou il disait « je sens mal au niveau de bras gauche, mon cœur ne bat plus comme avant genre il bat lentement et je souffle difficilement, je sens de la lourdeur au niveau de ma poitrine, je ne fais plus les choses comme avant, d'ailleurs j'ai arrêté le sport je ne marche pas trop » il finit sa phrases « JE ne suis plus Akli d'avant »

A ce que concerne son soin il nous a dit qu'il ne sent pas bien dans sa peau même avec les soins, même il manifeste ces douleurs durant l'entretien, il faisait les comportements ou il est mal alaise.

Axe2 : le vécu psychologique des patients :

2.1-La qualité de la vie relationnelle :

Après suit à notre entretien, après avoir entretenue avec le patient, Akli a une très bonne relation avec sa famille, sauf avec son fils aîné qu'était la cause de ça maladie suit a des conflits et des problèmes avec lui et il accuse son fils sur sa maladie , mais il a une Bonne relation avec sa famille d'ailleurs lors de l'annonce c'est sa famille qu'était avec lui mais il a problème avec son fils aîné, d'ailleurs lors de l'entretien il évite de nous parle trop sur lui, quand parle de lui il regard gauche droit juste pour évite de pose la question sur lui.

2.2-la relation entre les évènements traumatisants et la maladie cardiaque :

Au cour de l'entretien avec Akli, on à ôter que sa réaction, lorsqu'ils ont annoncé sa maladie, était étonné et était anormal, disait « psychologiquement je n'étais pas de tout prêt à cette annonce, par ce que je me suit toujours dit que j'ai juste un petit problème dans mon cœur, par ce que aussi je fessais attention à moi et je suis sportif, franchement cette annonce ma bouleversé »

Durant l'entretien le patient, présent un choc et il était traumatisé par cette nouvelle.

2.3- les évènements important du patient :

D'après l'entretien qu'on a eu avec Akli, nous notons un évènement très important pour lui, le mariage de son fils aîné, il disait que « le mariage de Hocine je n'oublierai jamais tant que je suis vivant, j'étais contre ce mariage mais ... » il arrêta de parle tout d'un coup, et on le voit qu'il s'est énervé.

Akli ne passe pas une journée sans pense à sa maladie.

Akli a des problèmes de sommeil il se réveil plusieurs fois dans la nuit, et il fessait des rêves même des cauchemars ou il déclare que « je fais des cauchemars, mais je m'en souviendrai plus le lendemain » on a conclu que Akli fait des rêve onirique est c'est du a la peur qui influe sur son état maladif.

❖ Le Stress :

1.1.1. Présentation des résultats de l'échelle de Stress du cas n°1 :

On a fait passe le teste de stress a Akli et les résultats se montrent sont dans le tableau ci-dessous, dont elle a mis 2 minutes pour répondre à toutes les questions de l'échelle :

Chapitre IV résultats

Présentation, analyse et Discussion des résultats

Au cours du dernier mois, combien de fois	Jamais	Presque Jamais	Parfois	Assez Souvent	Souvent
1. avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ?				X	
2. vous-a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?			x		
3. vous-êtes-vous senti(e) nerveux (se) ou stressé(e) ?					X
4. avez-vous affronté avec succès les petite 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(e) confiant(e) 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 dominez la	X				

situation ?					
11. vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12. vous êtes-vous surpris(e) à des choses que vous deviez mener à bien ?			x		
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 contrôler ?					X
Totale	52				

Tableaux 06 : Présentation des résultats de l'échelle de stress du cas n°1 :

1.1.2. Analyse de l'échelle du cas n°1 :

désigne que M'Akli aperçoit un **stress élevé** d'un score de 52 point, nous avons retenu les résultats suivant :

- Dans le degré (5) on a les items(5, 8, 10,14,)
- Dans le degré (4) on a les items(1,13)
- Dans le degré(3) on a les items (2, 4, 6, 9,12)
- Dans le degré (2) on n'a pas de l'item
- Dans le degré (1) on a l'item (7).

1.1.3. Synthèse du cas n°1 de (M^r AKLI) :

D'après d'analyse des résultats illustrés, on a conclu qu'Akli perçoit son état de stress qui est un degré **élevé** (pathologique) de score **52**. Ce qu'on a constaté qu'Akli n'arrive pas à gérer sa situation stressante, il disait que « je suis tout le temps stressé » et cela indique qu'Akli est une personne moins performante devant ces situations, et il a eu une note très faible.

❖ La dépression :

A travers notre entretien avec AKLi, on a pu constater qu'il souffre de dépression, vu a son comportement et ces habille, (il s'est habille tout noir), et il ne parle a personne, il voit que n'amen a nulle part et n'a aucun sens pour lui, il se sent toujours triste, et aussi est irritable, Akli a tendance à s'enferme et s'isole, il pense qu'il n'a aucun avenir pour lui .

1.1.1. Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°1 :

Les items	La cotation	Expressions
La tristesse	1	je me sens morose ou triste
Pessimisme	1	Je me sens découragé
Echec dans le passé	2	Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque
Perde de plaisir	2	Je ne perds pas plaisir aux choses comme auparavant
Sentiment de culpabilité	1	Je me sens plutôt coupable
Sentiment d'être puni	2	Je sens que je suis ou serai puni
Sentiments négatifs envers soi-même	1	Je ne m'aime pas
Attitude critique envers soi	2	Je me blâme pour mes fautes
Pensées ou désirs de suicide	2	Je sens que je serai mieux mort
Pleurs	3	Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux
Irritabilité	3	Je ne suis plus irrité du tout par les choses qui m'irritent habituellement
Perte d'intérêt	1	Je suis moins intéressé aux autres maintenant qu'auparavant
Indécision	2	J'ai beaucoup de difficulté à prendre des décisions
Dévalorisation	2	Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait
Perte d'énergie	3	Je ne peux faire aucun travail
Modifications dans les habitudes de Sommeil	2	Je me réveille 1-2 heures plutôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir
Fatigue	2	Je me fatigue à faire quoi que ce soit
Modifications de l'appétit	1	Mon appété n'est plus aussi bon que d'habitude

Poids	0	Je n'ai pas perdu beaucoup de poids
Maux	1	Je suis préoccupé par des maux ou des douleurs
Perte d'intérêt pour le sexe	2	Je suis beaucoup moins intéressé par le sexe qu'auparavant
Score	36	Sévère

Tableaux 07 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°1

1.1.2. Analyse de l'échelle du cas n°1 :

Akli présente un score 36points qui correspond une dépression sévère comme le montre manuel de 1 de l'échelle de Beck

On a souligné des items élevé dont qui montre que c'est des processus dépressif, comme item (10, 11,15)le patient parle de ces pleurs et son irritation, fatigue qui engendrant en lui des sentiments de culpabilité, ou on a détecte dans l'item (5) « je me sens plutôt coupable », et il manifeste chez lui aussi un sentiment de haine envers lui-même et c'est un sentiment négatif envers soi-même dans l'item (7).

D'autres signe que Akli présente comme l'indécision, déconcentration, l'isolement, la perte de désire au sexe.

1.1.3. Synthèse du cas n°1 de (M^r AKLI) :

La dépression d'Akli est prévenue à cause de sa maladie cardiaque, le changement radicale de toutes les choses qui a l'habitude d'en faire, la maladie d'Akli a engendré en lui une perte de désire sexuel et l'affection, ces facteurs qui a l'impact sur son état psychique.

L'analyse des données de l'entretien et de l'échelle de dépression de Beck, nous a montré que Akli souffre d'une dépression sévère dont le score 36 points qui souligne tristesse, culpabilité, irritabilité, des sentiments pessimistes.

1.2. Présentation du cas n°2 : (Mme Hassina)

Renseignement personnel

Hassina est une femme âgée de 63 ans , la puinée de quatre frère et une sœur , marie et une mère de six enfant, dont trois filles et trois garçon , ayant un niveau scolaire moyen (bac) ,est une femme au foyer ,Hassina est femme voilé d'une taille moyen, blonde et ils demeurent à la willaya de Bejaia.

Lors de l'entretien Hassina s'est montrée un peu stressé et coopérative.

Axe1 : connaissance des patients sur leurs maladies :

1.1-santé physique :

Dans les antécédents médicaux de Hassina, on a trouvé qu'elle a l'hypotension qui était apparu à l'âge 35 ans après ça dernier grosses et à l'âge 56ans l'âge à laquelle découvre chez elle sa cardiopathie, avant cela elle avait une AVC et c'était la cause à laquelle s'est hospitalisé pour la première fois, Hassina a fait une crise cardiaque à l'âge 49 ans elle a subit une hospitalisation pour la deuxième fois où ils ont déclaré qu'elle a une maladie cardiaque .

1.2Les complications de la maladie :

Selon notre entretien avec Hassina on a pu noter queson état maladif lui a engendré de bradycardie (le cœur bat lentement), et elle souffre de côlon irritable dû au stress.

Axe2 :le vécu psychologique des patients :

2.1-La qualité de la vie relationnelle :

Selon le feedback qu'on a pu entamée avec elle, elle éprouve de l'amour envers sa famille ainsi que son mari, elle déclare aussi le soutien et la prise en charge quel que soit financièrement ou moralement où elle disait « mon mari prend soit de moi, il m'aime alors là mes enfant me laissent jamais que j'aurais besoin quoi que ce soit ». Mais elle éprouve toujours de la haine envers sa belle-famille par ce que d'après elle c'étaient eux la causes de tous ces maladie.

Hassina est pessimiste, elle a une vue négative dans sa vie .

2.2 -la relation entre les évènements traumatisants et la maladie cardiaque :

Au cours de l'entretien, Hassina s'est mis aise et commence à nous raconter ces souffrances et c'était quoi la cause de cette maladie, elle a dit qu'elle a beaucoup souffert quand elle était jeune et surtout avec sa belle-famille car son mari était l'inné et toutes la responsabilité étaient sur ces épaule et donc Hassina partageait cette souffrance avec son

mari, c'est la raison pour laquelle elle souligne sa souffrance et l'apparition de quelques complications comme l'hypertension et la maladie cardiaque, en 2012 à l'âge 55 ans, Hassina a subi un évènement traumatisant (choquant) qui est la mort de sa mère, il a engendré chez elle une bradycardie et un autre évènement qui est le divorce de sa fille, dont elle se culpabilise car elle la force qu'elle mit fin à son couple par ce qu'elle la voit qu'elle souffre, ce qui l'a mis dans un état psychique insupportable disait «ma mère est mort, tout est finit j'ai perdu une partie de moi je ne vois plus la vie comme avant, et la encore ma fille a divorce, je sens que c'est bon ma vie s'arrête là ».

Après suit à notre entretien avec Hassina on a pu comprendre que les complications qu'elle a subit à propos sa maladie, on trouve que l'hypertension est aux premiers lieux, et la maladie cardiaque est en deuxième lieux.

2.3-les évènements important dans la vie du patient :

La vie de notre patiente n'est pas trop marquée y'a quelque évènement qu'elle nous a cité : le divorce de sa fille et son fils, la mort de sa mère et récemment aussi elle a perdu son frère.

Hassina présente un grand problème de concentration même qu'on lui parle elle prend de temps à répondre, elle a une sensation de peur ou quelque chose de horrible qui va lui arrive à tout moment, elle pense trop à son avenir et elle se panique, à propos de la qualité de son sommeil Hassina déclare qu'elle passe tout son temps libre à dormir et elle ne présente aucun problème de sommeil.

❖ Le Stress

1.2.1. Présentation des résultats de l'échelle de Stress du cas n°2 :

La patiente nous a dévoilés pendant la consultation qu'elle stresse vraiment à plusieurs situations Stressante,ou qu'elle s'inquiète a toute chose qu'elle lui arrive ou n'importe quelle le souci, elle devienne nerveuse et émouvoir sur les choses banales,les résultats se montrent sont dans le tableau ci-dessous, dont elle a mis 5 minutes pour répondre à toutes les questions de l'échelle.

Au cours du dernier mois, combien de fois	Jamais	Presque Jamais	Parfois	Assez Souvent	Souvent
1. avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ?			x		
2. vous-a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre					X

Chapitre IV

résultats

Présentation, analyse et Discussion des

vie ?					
3. vous êtes-vous senti(e) nerveux (se) ou stressé(e) ?				X	
4. avez-vous affronté avec succès les petite 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(e) confiant(e) 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 dominez la situation ?					X
11. vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient a votre contrôle ?			x		
12. vous êtes-vous		X			

surprise(e)à 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 contrôler ?					x
Totale	43				

Tableaux 08 : Présentation des résultats de l'échelle de Stress du cas n°2

1.2.2. Analyse de l'échelle du cas n°2 :

Désigne que Hassina a perçoit un **stress élevé** d'un score de 43 point, nous avons retenu les résultats suivant :

- Dans le degré (5) on a les items(2,14)
- Dans le degré (4) on a les items (3, 7,9,)
- Dans le degré(3) on a les items (1, 4, 8, 11,13)
- Dans le degré (2) on a de l'item(5)
- Dans le degré (1) on n'a pas de l'item.

1.2.3. Synthèse de cas n°2 de (Mme Hassina) :

D'après les résultats illustrés, on a déduit que Hassina présente un niveau de stress élevé qu'a un score **43** points, et elle est faible devant ses situations stressantes, d'ailleurs on a constaté que Hassina n'arrive pas à gérer ses situations.

D'après l'entretien avec Hassina, on a constaté qu'elle représente les signes indicateurs, fatigue, l'irritabilité, d'après l'analyse du teste on a noté son score qui se situe généralement dans les classes (2, 7,13) ce que signifie que Hassina a niveau élevé de stress.

❖ La Dépression

D'après notre entretien avec Hassina on a pu constater qu'elle souffre d'une dépression, et elle manifeste des symptômes dépressif, elle a subit un changement radicale dans son physique ou psychique à cause de sa maladie cardiaque.

Hassina présente un problème de sommeil, et une tristesse immense, un sentiment de pessimisme.

1.2.1. Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°2 :

Les items	La cotation	Expressions
La tristesse	3	Je suis triste ou malheureuse que je ne peux plus le supporte
Pessimisme	2	Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés
Echec dans le passé	2	Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autres qu'un grand nombre d'échec
Perde de plaisir	2	Je me prends pas plaisir aux choses comme auparavant
Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement capable
Sentiment d'être puni	1	J'ai l'impression que quelque chose de malheur peut m'arriver
Sentiments négatifs envers soi-même	1	Je suis déçue de moi-même
Attitude critique envers soi	1	Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs
Pensées ou désirs de suicide	0	Je n'ai aucune idée de me faire du mal
Pleurs	2	Je pleure tout le temps maintenant, je e peux plus m'arrêter
Irritabilité	2	Je me sens irritée du tout par les choses qui m'irritent habituellement
Perte d'intérêt	2	J'ai perdu la plupart de mes intérêts pour les autres et j'ai pu des sentiments pour eux
Indécision	2	J'ai beaucoup de difficulté prendre des décisions
Dévalorisation	2	Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font

		paraître sans attrait
Perte d'énergie	2	J'ai besoins de me pousse fort pour faire quoi que ce soit
Modifications dans les habitudes de Sommeil	0	Je peux dormir aussi bien que d'habitudes
Fatigue	1	Je me fatigue facilement qu'avant
Modifications de l'appétit	2	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
Poids	0	Je n'ai pas perdu beaucoup de poids
Maux	3	Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens
Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe
Score	33	Sévère

Tableaux 09 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°2

1.2.2. Analyse de l'échelle du cas n°2 :

Hassina présente un score 33 points qui correspond une dépression sévère comme le montre manuel de 1 de l'échelle de Beck.

On a souligné des items élevé dont qui montre que c'est des processus dépressif, comme item (1, 20,21) Hassina a une grand perte de plaisir dont est mentionné dans l'item 21 de degré de 3 « j'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe », S'ajoute à cela une perte d'intérêt complètement et elle pense juste à ce qu'elle ressent dont elle est indiqué dans l'item 20 et de degré 3 aussi « je pense seulement à ce que je ressens au comment je me sens ». Hassina mentionne aussi qu'elle est vraiment triste et malheureuse dans sa vie et qu'elle peut plus supporte, Hassina présente un désespoir face à son avenir : « j'ai perdu ma vie le jour où je suis tombée malade, je n'ai pas d'avenir ».

1.2.3. Synthèse de cas n°2 de (Mme Hassina) :

Hassina manifeste plusieurs symptômes dépressifs qui se caractérisaient par une tristesse, pessimisme, fatigue, pleurs liés à son atteinte. Cette dépression a été engendrée par sa maladie chronique, qui présente un obstacle pour la patiente. Cette dernière manifeste une perte d'intérêt et d'énergie et des modifications de l'appétit et du sommeil.

Elle n'éprouve aucun désir ni même envie d'en parler car tout est parti depuis sa maladie.

D'après les données de l'entretien et l'échelle de dépression de Beck, on a pu détecte une dépression sévère chez Hassina dont le score montre 33 points accompagne des sentiments de

haine pour sa belle-famille et pour son passée, fatigue, une perte d'intérêt surtout, un sentiment relatif au pessimisme.

1.3. Présentation du cas n° 3 : (M^r Bachir)

Renseignements personnels :

Il s'agit de M^{MR} Bachir, âgé de 69 ans est le quatrième de sa fratrie de douze enfants ; marié il a six enfants, il était comptable mais maintenant il est en retraite il demeure à Bejaia .

Lors de notre entretien avec M^{MR} Bachir avait l'air stressé et fatigué, mais il a accepté de répondre à toutes nos questions qu'on lui a posées.

Axe1 : connaissance des patients sur leurs :

1.1-santé physique :

M^{MR} Bachir ne souffre d'aucune maladie auparavant jusqu'à l'âge de 68 ans (2019), sans signes apparents de la maladie cardiaque, soudainement un soir en allant dormir Bachir a subi un arrêt cardiaque par la suite c'est récurrents toutes les 10 minutes il faisait un arrêt cardiaque .

Suite à ça, il est allé aux urgences ; après les bilans et les analyses sanguines et UCG ; c'est l'électrocardiogramme, qui lui a demandé le médecin, celui-ci annonce à sa famille et aussi à sa fille qui est médecin qui était tous les temps accompagnée avec lui, qui est atteinte d'une insuffisance cardiaque et que après tous les arrêts cardiaques qui a subi son cœur bat lentement (BRADYCARDIE).et déclare que il va être hospitalisé pour lui c'est sa première fois pour une intervention chirurgicale au niveau du cœur pour une implantation d'un PACEMAKER en urgence .

M^{MR} Bachir était pas conscient de la rapidité des événements qui lui arrive et à vécu comme un choc et cela ne l'a pas aidé au début à accepter sa maladie qui est venue lui porter compagnie en nous disant « dès que j'avais des arrêts cardiaques c'était très dur à supporter ».

1.2- Les complications de la maladie :

Actuellement M^{MR} Bachir il se porte mieux grâce au PACEMAKER, et cette maladie n'a pas provoqué aucune complication, et à ce qui concerne ses soins il prend aucun médicament mais avec cette atteinte de la maladie il nous avoue que « au départ j'avais du mal à reprendre mes activités mais au bout de quelques mois j'ai eu à reprendre ma vie par fois au cas d'effort je me sens fatigué ».

Et disait aussi que « c'est un peu difficile lorsque je me rappelle que je dépend d'une pile, mais j'essaie de faire attention sur tout ce que je fais, et je me sens beaucoup mieux, je me porte bien après les soins je remercie DIEUX ».

Axe2 : le vécu psychologique des patients :

1.1-La qualité de la vie relationnelle :

Tout au long de notre entretien, ^{MR} Bachir n'a pas cessé de citer le soutien de sa famille en nous disant « c'est grâce à la relation que j'ai avec ma femme basant sur le respect, avec son soutien et sa patience avec moi, et le soutien de mes enfants pour leurs présences à chaque moment que j'ai pu me surmonter tous les épreuves qui m'est arrivé, et aussi d'accepter ma maladie car nul n'est à l'abri, et d'ailleurs maintenant je suis stable hamdoulah, je fais ma vie le plus normalement ».

1.2-la relation entre les événements traumatisants et la maladie cardiaque :

Durant notre entretien avec notre patient, ^{MR} Bachir nous raconte que au moment où le médecin annonce sa maladie il était avec sa fille qui est médecin quant il était hospitalisé il ressentait de la peur au départ mais a réussi à l'accepter il nous dit « je ressens de la peur et du courage entre temps étant un Homme d'un certain âge faut se mettre à l'évidence que on peut d'un jour à l'autre tomber malade ».

Et sachant pour lui l'hôpital est un lieu traumatique dont il a vécu une situation choquante qui a marqué sa vie par rapport à sa santé et disait que « l'hôpital représente pour moi de la peur », et tellement il a été replongé dans le coma il n'était au courant au moment de l'annonce du médecin à propos de son opération, c'est sa fille qui a été la première ensuite sa famille et après l'opération a eu conscience sur ce qui est passé autour de lui et a eu l'espoir dans ses paroles en disant que « j'étais hospitalisé mais content de retrouver ma famille ». et d'après ses propos ne consomme pas d'alcool ou de drogue ou même du tabac qui peut nuire à sa santé, mais il s'inquiète à propos de celle-ci en disant « oui des fois je ressens de la faiblesse quand je sors et je marche trop ou je fais d'effort ».

1.3- les événements importants du patient :

D'après l'entretien que nous avons eu avec Bachir c'est la surcharge des événements quotidiens et le stress permanent qui est une cause de sa maladie.

Bachir ne pense pas trop à sa maladie sauf quand il se sent faible.

Bachir a de la fatigue à chaque effort accumulé, accompagné par des troubles digestifs très souvent, des fois à des insomnies et souvent du stress en avouant que « je suis quelqu'un de nerveux souvent mais je fais de mon mieux pour me contrôler ». on a conclu que le stress prend beaucoup de place chez Bachir et ses conséquences en ressortant par des effets somatiques.

❖ Le Stress :

1.3.1. Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°3 :

On a fait passer le test de stress à Bachir et les résultats se montrent dans le tableau ci-dessous, dont il a mis 3 minutes pour répondre à toutes les questions de l'échelle :

Au cours du dernier mois, combien de fois	Jamais	Presque Jamais	Parfois	Assez Souvent	Souvent
1. avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ?			X		
2. vous-a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?		X			
3. vous êtes-vous senti(e) nerveux (se) ou stressé(e) ?					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(e) confiant(e) 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		X			

que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
9. avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?		X			
10. avez-vous senti que vous dominez la situation ?			X		
11. vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?			X		
12. vous êtes-vous surprise(e) à des choses que vous deviez mener à bien ?			X		
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 contrôler ?				X	
Totale	38				

Tableaux 10 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°3

1.3.2. L'analyse de l'échelle du cas n°3 :

Les résultats obtenus dans cette échelle à bien montré que ^{MR} Bachir souffre d'un stress moyens d'un score de 38 point.

Nous avons retenu les résultats suivantes :

- Dans le degré (5) on a les items (3,13)
- Dans le degré (4) on a les items(4,6,7,)

-Dans le degré(3) on a les items (1,5,10,11,12,14)

- Dans le degré (2) on a les items (2,8,9)

-Dans le degré (1) on n'a pas d'items .

1.3.3. Synthèse du cas n°3 : (M^R Bachir) :

Bachir présente sur l'échelle d'évaluation de stress perçu de Cohen et Williamson, un score de « 38 ». ce qui signifie qu'il a un stress moyen d'ailleurs la plupart des résultats des items égalent entre 3,4 et 5.

On remarque que M^R Bachir est souvent nerveux ou stressé ou irrité par sa maladie mais se capable de se contrôler et confiant de ses actes, la preuve est dans les items 3 et 13 qui égale à 5. Et 4,6,7, qui égale à 4. et 1,5,10,11,12,14. Qui égale à 3.

Tout cela nous mènent à dire que M^R Bachir est stressé, ça dépend aussi des situations dans sa vie mais il est bien adapté avec cette maladie (PACEMAKER) et à son environnement familiale.

❖ La Dépression :

1.3.1. Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°3 :

A travers notre entretien on a constaté que M^R Bachir souffre d'une légère dépression avec un traumatisme pour sa maladie, Le patiente manifeste aussi d'autres symptômes dépressifs d'ordre somatique tel que ; la fatigue, insomnie, agitation et une nervosité qui se traduit des fois par une agressivité envers lui-même .

Les items	La cotation	Expressions
La tristesse	0	je me sens pas triste.
Pessimisme	0	Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé à propos du futur.
Echec dans le passé	/	
Perde de plaisir	0	Je ne suis pas particulièrement mécontent.
Sentiment de culpabilité	0	Je ne me suis pas particulièrement coupable.
Sentiment d'être puni	1	J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
Sentiments négatifs envers soi-même	0	Je ne me sens pas déçu de moi-même .
Attitude critique envers soi	1/ 2	-Je ne me sens pas que je

		suis pire que les autres. -je me blâme pour mes fautes.
Pensées ou désirs de suicide	1	J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
Pleurs	/	/
Irritabilité	0/2	-je ne suis plus irrité maintenant que je le suis d'habitude. -je me sens irrité tout le temps.
Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
Indécision	1	J'essaie de remettre à plus tard mes décision .
Dévalorisation	0	Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
Perte d'énergie	1	J'ai besoin de faire des effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.
Modifications dans les habitudes de sommeil	3	Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures.
Fatigue	2	Je me fatigue à faire quoi que ce soit .
Modifications de l'appétit	1	Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
Poids	0	Je n'ai pas perdu beaucoup de poids.
Maux	0/3	- je ne suis pas plus préoccupé de ma santé que d'habitude. -je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
Score	18	Moyen

Tableaux n°11 :Présentation des résultats de l'échelle de BECK du cas n°03

1.3.2. L'analyse de l'échelle du cas n°3 :

Lors de la passation de **BECK BDI-II**, Mr Bachir a mit 25 mn pour répondre aux questions de l'échelle.

Notre patient manifeste une dépression légère. Selon le manuel **BDI-II** de **BECK**, d'un score de **18**, selon les notes de seuil de **BDI-II**.

L'analyse des résultats de l'échelle de **BECK-II** a révélé que notre patient a des items élevé qui montre que c'est des processus de sentiment d'être puni dans l'item (6), et manifeste une attitude critique envers lui-même dans l'item (8), on a détecter chez Bachir des pensées ou de désire de suicide l'item (9), présente aussi un fatigue à faire quoi que ce soit dans l'item (17), des modifications dans les habitudes de sommeil a l'item (16), et une pensé très forte sur ce qui il ressent ou comment il se sens dans l'item (20).

Et en souligne aussi que il y'a deux item qui ont était laissé sans réponse c'est l'item «3 et 10 ».

D'autre signes que Bachir présente comme , l'irritabilité, l'indécision , perte d'énergie , modification de l'appétit.

1.3.3. Synthèse du cas n°3 : (M^r Bachir) :

En conclusion de l'analyse de l'entretien on a remarqué que Mr Bachir présente quelques signes de dépression parmi elle , le besoin de faire des effort supplémentaires pour faire des choses ,par une irritabilité tout le temps , par des idées de faire du mal a lui-même ,et a aussi le sentiment de se blâmé pour ses fautes, la maladie de Bachir a engendré en lui une perte d'énergie et une fatigue , ces facteurs qui a l'impact sur son état psychique.

ensuite on a constaté avec l'analyse de l'échelle de **BECK**, qu'il souffre d'une dépression légère, de score est de (18) , présenté par les symptômes suivants : une légère culpabilité, le , sentiments négatifs envers soi même et modifications dans les habitudes de sommeil.

2- La discussions des hypothèses

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

Premier hypothèse : l'état de stress chez les patients subit le stimulateur cardiaque « pacemaker » est manifesté à divers degrés.

De fait nos trois cas ont confirmé notre hypothèse, ils présentent état de stress subissent le stimulateur cardiaque, d'après les résultats de l'analyse qu'on a obtenus on a déduit que nous somme dans la mesure de dire que notre population d'études est complètement touché par le syndrome de stress.

Ses observations sont basé sur les résultats de l'échelle de stress perçu de Cohen et williamson, et l'entretien, qui éprouve un niveau de stress déférents, on le résumant comme suit :

Bien évidemment, les cas de la cardiopathie souffrent tous de stress à déférence degré, élevé, moyen, dont on souligne dans notre population d'étude l'absence de degré pas de stress, on va présenter les cas qui présentant le stress sévère comme suit :

-Cas Akli : après avoir analysé les données d'Akli, on a remarqué que quand ont annoncé sa maladie sa réaction était anormal, il était choqué.

Durant l'entretien Akli était stressé, il présente un état de stress éprouvé par la fatigue, l'insomnie, même les rêvés qu'il fait durant la nuit, ce qu'on a permet de constate d'après l'entretien effectué avec lui, par ailleurs le teste de stress nous a permet de prédire que Akli à un niveau de stress très élevé car son score est de **(52)**, alors Akli est faible devant ces situations stressants, donc Akli est dans le passage de l'acte, par ce que pour lui le faite de porter un appareille dans le cœur qu'est le pacemaker c'est que la vie est terminé.

-Cas Hassina : on a constaté à travers notre entretien sur le plan psychique elle souffre de sa maladie cardiaque qui est le « pacemaker »après la perte de ces proches, Hassina a eu plusieurs situations stressantes et elle reste inhibé devant ces situations, le teste de stress nos montre qu'elle a un degré de score élevé qu'est de **(43)** points, elle présente des signes indicateurs de stress qu'est : la fatigue, l'irritabilité, indécisions, et aussi on a marqué que Hassina a une relation avec sa belle-famille perturbante ce que signifie que sa lui aide pas de surmonte, à l'exception de quelque membres dont son mari, ses enfants qui lui servent d'un étayage ,et d' une source de soulagement.

On va présenter le cas qui a un stress moyen comme suit :

-Cas Bachir : durant l'entretien avec Bachir, on a pu noter qu'il se comporte très bien, n'est pas trop stressé, Bachir au départ avait du mal à reprendre sa vie, et il trouve la difficulté de gérer sa situation, mais après il se sent bien après les soins.

Au long de l'entretien Bachir parle toujours de sa famille, ou il nous disait que sa famille étaient toujours là et ils le soutiennent parfaitement et il n'a aucun problème de ce côté et aussi on a pu souligner que au départ de sa maladie il se sent de la peur et surtout que l'hôpital lui fait peur et a horreur de lui.

Bachir a de stress permanent vu à la surcharge des événements quotidiens et surtout à cause de la maladie qu'il a, l'échelle de stress nous montre que Bachir a un degré de stress moyen qui est de score de (38) points, il est souvent nerveux ou stressé mais il contrôle ses actes .

De ce fait, les résultats obtenus à l'échelle perçue de stress de Cohen et Williamson ainsi que les confidences recueillies auprès des patients porteurs d'un pacemaker durant notre entretien nous permettent de confirmer notre première hypothèse .

Deuxième hypothèse : - les patients subis le stimulateur cardiaque « pacemaker » présente une dépression sévère.

Les cas souffrent de dépression à différents degrés, dont on souligne dans notre population d'étude l'absence de dépression modérée, et minimum, on va présenter des cas qui présentent de dépression sévère et légère, on va d'abord présenter les cas qui ont une dépression sévère comme suit :

-Cas Akli : à travers notre entretien avec Akli on a pu constater qu'il présente une dépression, après notre discours avec lui, il voit que sa vie est inutile, et son humeur est toujours triste, et tout cela à cause de sa maladie cardiaque, Akli a tendance à s'enfermer et à s'isoler et de ne pas avoir parlé à personne , L'analyse des résultats de l'échelle de Beck montre que Akli souffre et qui souligne une dépression sévère de (36) points, il est pessimiste et ressent qu'aucune amélioration de son cas à l'avenir et son appareil psychique est défaillant.

-cas Hassina : elle manifeste des symptômes dépressifs qui sont : tristesse, fatigue, pleure et sont liés à sa maladie qui est la maladie cardiaque et cette dernière se manifeste à une perte d'intérêt et d'énergie.

Les données de l'analyse de l'échelle de Beck Hassina présente (33) points qui montrent une dépression sévère, accompagnée de sentiment d'échec dans son passé, ainsi une baisse de la libido.

On va présenter le cas qui a une dépression légère comme suit :

-Cas Bachir : A travers notre entretien avec Bachir on a constaté qu'il ne souffre pas beaucoup de dépression, l'échelle de dépression qu'on a lui fait nous montre qu'il a une dépression légère d'un score de (18) points, ce qui montre que Bachir a accepté sa maladie, il a vit tranquille.

De ce fait, les résultats obtenus à l'échelle de dépression de Beck ainsi que les réponses recueillies aux près des patients porteur d'un pacemaker durant notre entretien nous permettent de confirmée notre deuxième hypothèse.

En effet nous trois cas ont confirmé que nos hypothèses concernant le stress et la dépression des cardiopathies hospitalisé dont la nature influe sur le vécu psychologique. il reste a souligner que nos hypothèses sont réfutable et non absolus, car les résultats obtenus de notre population d'études qui est restreint ne représentent pas la population mère de tous les malades qui portante un pacemaker.

Conclusion

Conclusion :

Dans le cadre de cette recherche, nous avons essayé d'aborder la question des cardiopathes hospitalisé et son effet sur la santé psychique et physique dont le stress et la dépression font partie. Toute en se basent sur les observations constatés dans la vie quotidienne, et les observations constatés lors de la pré-enquête.

D'abord, l'objectif principal de cette étude qui est intitulée « le vécu psychologique des cardiopathes hospitalisé », était de déterminer la nature d'acceptation de cette maladie. Nous avons réalisé une étude de 3 cas, et pour bien montrer cette étude, nous avons choisi la méthode clinique où nous avons utilisé les outils suivants : l'entretien clinique et l'échelle perçu de stress de Cohen et Williamson et l'échelle de dépression de Beck.

Ensuite, après l'analyse de contenu des entretiens de l'échantillon de cette recherche, nous avons constaté que les cardiopathes qui ont subis une implantation d'un « pacemaker » sont traumatisés au moment de l'annonce du diagnostique, c'est une situation inattendue, cet événement conduit ces sujets à rentrer dans l'état de choc, de la culpabilité, et de la dépression. Comme nous avons détecté aussi la difficulté à accepté leurs maladies , dont ils font face à certains signes tels que le stress permanent , la perte d'intérêt, l'incapacité à résoudre des problèmes, l'insomnie, l'irritabilité , l'indécision, le refoulement, l'évitement et l'isolement pour faire face à leur souffrance et à la réalité douloureuse.

A partir de l'analyse des résultats de l'entretien et des deux échelles utilisées , nous sommes arrivés à confirmer nos hypothèses de recherche, la première qui dicte « L'état du stress chez les patients subis le stimulateur cardiaque « pacemaker » est manifesté a divers degré . Et la deuxième qui postule « les patients subis le stimulateur cardiaque « pacemaker » présente une dépression sévère ».

Et, une prise en charge thérapeutique psychologique des cardiopathes hospitalisés subis un stimulateur cardiaque est nécessaire pour que les signes de stress et de la dépression ne s'évoluent pas et s'accroissent jusqu'à passer à l'acte de suicide.

Pour terminer, il faut reconnaître que le thème de recherche que nous avons traité dans ce mémoire est d'actualité et aussi nous avons observé des expériences par rapport à notre entourage spécialement les sujets qui ont subis un « pacemaker » qui ont attiré notre attention et notre curiosité pour approfondir sur ce thème de recherche, car il s'agit d'un domaine très vaste et très sensible que on pourrais un jour le continuer en doctorat, et on doit signaler que ce modeste travail n'a été pour nous qu'une initiation à la recherche, nous espérons qu'elle puisse ouvrir des perspectives à d'autres recherches sur l'entourage familial des cardiopathes. Nous espérons également que les chercheurs multiplieront leurs efforts sur le vécu psychologique et social de ces derniers.

Liste bibliographique

Liste bibliographie :

• 1- Ouvrages :

- Angers. M, (1997),Initiation pratique à la méthodologie des sciences Humaines, paris, Dunod.
- Aktouf. O. (1987). Méthodologie des sciences sociales et approche quantitative, une introduction à la démarche classique. Ed les presse de l'université de Québec, Canada.
- BECK, T., STEER, R.-A et Brown, G.-K. (1998).Inventaire de dépression de Beck(2eme éd). Paris, France : centre de psychologie appliqué.
-
- Benony, H.Et Chahraoui, K. (1999). L'entretien clinique. Paris, France ,Dunod.
- Benony, H, Chahroui. Kh ,(2003)., Méthode, évaluations et recherche en psychologie clinique, paris, Dunod.
-
- Besançon G, et al, (2005), «Manuel de psychologie », Paris, Dunot.
- Bourgeois, M.-L. 2006.Les troubles de l'humeur. Repéré à :<https://www.cairn.info/lestroubles- de-l-humeur--9782130559481.htm>.
-
- Choque. S. J,(2007),Soignants : stress apprendre à le gères, Frances, wolters klower.
- Cottraux J, (2001), « Les thérapies comportementales et cognitives », Paris, Masson.
- Dominique. H,(2001),Apprivoisez votre stress, paris, édition d'organisation.
- Doucet. C,(2000),Psychosomatique théorie et clinique, Paris, Armand colin.
- Elisabeth. G, (novembre, 2009.)Le stress, paris. édition le clavier bleu.
- Grawitz. M, (2001)Méthode des sciences sociales, paris.
- Graziani P et Al, (2005),Le stress, émotion et stratégies d'adaptation, France, Armande.
- Kleftaras G, (2004), « Dépression approche cognitive et comportementale », Paris, L'Harmattan.
- Lamoureux, Ph. (2007). La dépression : en savoir plus pour se soigner, Paris : Vincent Fournier.
- Lebel. G, (2011),Guide d'auto-soins pour la gestion de stress, Dunod.
- Lentini. P, (2009),Objectif no stress : ma méthode positive, Barcelona ,Amphore.
- Lôo. P et Al,(2003), Le stress permanant (réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels), paris, Masson.
- Michèle L, (1998), « Les maladies de l'humeur dépression et manie », paris, Ed Estem.
- Mini DSM-5. (2015). (Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux), 1174 pages, Paris : Elsevier Masson.
- Norman. S, Endler. Ph, (1990),Manuel inventaire de coping pour situation stressantes, Paris.
- Paulhan. I, Bourgeois. M,(1995), Stress coping, Paris, Nodule PUF.

- PEDINIELLI, J-L Et BERNOUSSI, A. (2005).Les états dépressifs, Paris : Armand Colin.
- Renaud, A. (2002).Dépression, inconscient et vie psychique: pas si mêlant que ça.

Repéré :[https://www.psychanalyse.com/pdf/DEPRESSION%20INCONSCIENT%20ET%20VIE%20PSYCHIQUE%20\(47%20Pages%20-%20233%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/DEPRESSION%20INCONSCIENT%20ET%20VIE%20PSYCHIQUE%20(47%20Pages%20-%20233%20Ko).pdf)

- Schwor. M, (1999),Le stress, Paris France, Flammarion.
- Tarvis.C et Wade. C. (1999). Introduction à la psychologie, les grandes perspectives, Ed Wesley, Canada
- Yves Morin,(2002) : « Petit Larousse de la Médecine »,Paris

2-Les Dictionnaires :

- Bloch, H et all. (2011).Grand Dictionnaire de la psychologie, Paris : Didier Casalis.
- Sillamy N. (2010) : « Dictionnaire de psychologie ». Ed Larousse.
- Quevauvillier,J.(2009) : Dictionnaire Médical.(6ème ed.).Italie, édition Masson.

3-Les Sites internet :

- C. Mathien a, S. Pynn a, T. Le Maitre c, M. Chauvin b, F. Schneider,(2006) , Stimulateurs cardiaques et défibrillateurs automatiques implantés :connaissances basiques pour le réanimateur, repéré à https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0604-Reanimation-Vol15-N2-p137_144.pdf.
- Caroline PARANT , (2013), présentation des éléments de la controverse concernant la prise en compte du stress psychosocial comme facteur de risque cardiovasculaire repéré à <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733371/documentpdf>.
- ^{DR} Claire MO, Unier – Vehier, (2018), Fédération Française de cardiopathie, cœur et stress ; l'observation du cœur des français, repéré à , https://www.fedecardio.org/sites/default/files/image_article/FFC-Observatoire-du-coeur-Coeur-et-stress-18-09-18.pdf.
- Claire Langlois inf. B.Sc,(2012), Implantation d'un stimulateur cardiaque , repéré àhttps://iucpq.qc.ca/sites/default/files/stimulateur_cardiaque_2012_03_12.pdf
- Cardiac Services BC, (2018), Stimulateur Cardiaque, repéré à [http://www.cardiacbc.ca/Documents/Pacemaker-%20PM%20\(French\).pdf](http://www.cardiacbc.ca/Documents/Pacemaker-%20PM%20(French).pdf).
- Cres , (2017), Comité régional d'éducation pour la santé, repéré à http://www.cres-paca.org/depot_arkcms_crespaca/depot_arko/articles/811/telecharger-l-analyse-de-la-situation-les-risques-cardiovasculaires-sur-la-sante-des-travailleurs-cr_doc.pdf.

- Christian Cabrol , Raphael Vialle ,Henry Guérin-Surville,(2002), Anatomie du cœur Humain , Niveau PCEM2 - EIA cardiologie ,Université Pierre marie curie, France, repéré à ,<http://www.chups.jussieu.fr/polys/cardio/anat/cardio.pdf>.

Collège des enseignement du cardiologie , (2008-2009), Bases de la Cardiologie, repéré à ,
[http://campus.cerimes.fr/semiologie
_____cardiologique/enseignement/cardiology/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/semiologie_cardiologique/enseignement/cardiology/site/html/cours.pdf)

- Congrès du collège algérien des cardiologues, (2018), libéraux Les maladies cardio-vasculaires en progression, repéré à , <https://www.elwatan.com/pages-hebdo/sante/les-maladies-cardio-vasculaires-en-progression-23-06-2018pdf>.

- M^{me} Grenet, (2004), Anatomie cardio-vasculaire, repéré à ,
<https://www.doctissimo.fr/html/sante/atlas/fiches-corps-humain/systeme-cardiovasculaire.htm.pdf>.

- Jacques Beaune,(2018), Cœur et stress, FFC , repéré à
https://www.fedecardio.org/sites/default/files/image_article/2019-COEUR-et-STRESS-Web.pdf

- M. Thiam, G. Cloatre, F. Fall, X. Theobald, J.L Perret, (2000), cardiopathies ischémiques en Afrique : expérience de l'hôpital principal de Dakar, repéré à ,
<https://pdfs.semanticscholar.org/b2da/84b17de229e2ce7b0c51ed81b4e448dbf9eb.pdf>

- D^{re} L. Oberele, (2017) ;Service de médecine de premier recours, HUG, La dépression, repéré à ,
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategie_s/strategie_depression.pdf.

- Unité de Cardiologie , (2011), Stimulateur cardiaque, repéré à ,
https://www.chrn.be/sites/default/files/services/cardio_explo_electrophysio.pdf

Annexes

1. Guide d'entretien clinique semi-directif :

Renseignements personnelles :

NOM :

Prénom :

Age :

Quel est votre niveau d'instruction ?

Quelle est votre situation matrimoniale ?

Axe1 : information sur la maladie de patient

-Depuis quand vous vivez avec cette maladie ?

-Comment vous avez découvert votre maladie ?

-Et comment s'est développée votre maladie ?

-Qu'elles sont les complications ?

-vous prenez souvent votre médicament ? comment et quand vous prenez ?

-que faites-vous si vous oubliez une prise ?

-Avez-vous été déjà hospitalisé ?si oui : Combien de fois vous étiez hospitalisé à cause de cette maladie ?

-Avez-vous subis des interventions chirurgicales le pacemaker ?

- Suivez-vous un traitement ou un régime ?

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

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

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

-Comment vous faites pour gérer votre maladie ?

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

AXE 2 : Le vécu psychologique des patients :

-Etiez-vous seul au moment de l'annonce de la maladie ?

- Quel était votre réaction ?
- Que ressentis vous quand vous êtes hospitalisé ?
- Que ce que représente pour vous l'hôpital ?
- Vos comportements ont-ils changé dans l'hôpital ?
- que ressentez vous au moment de l'annonce du médecin quant ils vous a dit que votre seule unique traitement c'était de faire une opération de l'implantation d'un « pacemaker » ?
- Qu'avez-vous ressentis après l'opération ?
- Avez-vous des maux de tête et de difficulté à s'endormir ?
- Comment elle est votre appétit ?
- Est-ce que vous consommez de l'alcool, café, de tabac, médicament ou drogue ? Si oui depuis quand ?
- Est-ce que vous inquiète à votre état de santé ?
- Resentez-vous la fatigue la plus part des temps ? Si oui pourquoi ?
- Est-ce que vous pensez trop à votre maladie ?
- Donnez vous avec patience les explications concernant votre maladie à d'autres personnes ?
- Avez-vous des maux de tête ?
- Avez vous des troubles digestifs ?
- Avez-vous des troubles de sommeil ?
- Etes-vous stressé ?
- Etes-vous capable de gérer votre stress ?
- sentez-vous l'impression d'être une charge ou un fardeau pour votre famille ou vos amis ?
- Avez-vous eu le soutien de votre famille ?
- quelle est votre relation avec votre conjoint ?
- Etes-vous senti capable de gérer vous problème conjugaux ?
- est ce que vous ressentie d'être déprimé, triste, peur, manque d'appétit ?
- comment vous voyez votre maladie en ce moment ?
- avez-vous accepté votre maladie ?

-avez-vous souvent d'avoir l'envie de rester seule ?

- votre précédente vie vous manque ?

-comment vous voyez votre avenir ?

-Avez-vous quelque chose à rajouter ?

2. L'échelle de Beck :

Nom : Prénom : Date :

Sexe : Age :

La consigne générale :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis, choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel, puis, entourez le numéro qui correspond à la réponse :

1. Tristesse :

0. Je ne me sens pas triste.
1. Je me sens très souvent triste.
2. Je suis tout le temps triste.
3. Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme :

0. Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
1. Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer.

3. Échec dans le passé :

0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du
2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir :

0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1. Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

0. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1. Je me sens coupable pour des choses que j'ai faites.
2. Je me sens coupable la plupart du temps.
3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être punie :

0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
1. Je sens que je pourrai être puni(e).

2. Je m'attends à être puni(e).

3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatif envers soi-même :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.

1. Je suis plus critique envers soi-même que je l'étais.

2. Je me reproche tous mes défauts.

3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

8. Attitude critique envers soi :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.

1. Je suis plus critique envers soi-même que j'étais.

2. Je me reproche tous mes défauts.

3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensée ou désir de suicide :

0. Je ne pense pas du tout à me suicider.

1. Il m'arrive de penser à me suicider.

2. J'aimerais me suicider.

3. Je me suiciderai si l'occasion se présentait.

10. Pleurs :

0. Je ne pleure pas plus qu'avant.

1. Je pleure plus qu'avant.

2. Je pleure pour les moindres petites choses.

3. Je voulais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitations :

0. Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.

1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.

2. Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.

3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

12. Perte d'intérêt :

0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.

1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.

2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.

3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision :

0. Je prends des décisions aussi bien qu'avant.

1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.

2. J'ai beaucoup plus de mal à prendre quelle décision.

3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation :

0. Je pense être quelqu'un de valable.

1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.

2. Je me sens moins valable que les autres.

3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

15. Perte d'énergie :

0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.

1. J'ai moins d'énergie qu'avant.
2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
3. J'ai trop peu d'énergie pour pouvoir faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes du sommeil :

0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas toujours changé.
 1. a. Je dors un peu moins plus que d'habitude.
 1. b. Je dors un peu moins que d'habitude.
 2. a. Je dors beaucoup plus que d'habitude.
 2. b. Je dors beaucoup moins que d'habitude.
 3. a. Je dors presque toute la journée.
 3. b. Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.

17. Irritabilité :

0. Je ne suis plus irritable que d'habitude.
 1. Je suis plus irritable que d'habitude.
 2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
 3. Je suis constamment irritable.

18. Modification de l'appétit :

0. Mon appétit n'a pas changé.
 1. a. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
 1. b. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
 2. a. Je n'ai pas d'appétit.
 2. b. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
 3. a. Je n'ai pas d'appétit du tout.
 3. b. J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer :

0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
 1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
 2. J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
 3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue :

0. Je ne suis pas fatigué(e) que d'habitude.
 1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
 2. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
 3. Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

0. Je n'ai pas noté de changement récent pour mon intérêt pour le sexe.
 1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
 2. Le sexe ne m'intéresse beaucoup.
 3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

3-L'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson :

Au cours du dernier mois, combien de fois ...	jamais	Presque Jamais	Parfois	Assez Souvent	souvent
1. avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ?					
2. vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3. vous êtes-vous senti(e) nerveux (se) ou stressé(e) ?					
4. avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					
5. avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?					
6. vous êtes-vous senti(e) confiante(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?					
7. avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
8. avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
9. avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
10. avez-vous senti que vous dominez la situation ?					
11. vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?					
12. vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					
14. avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?					
TOTAL					

Les mots clé :

Dépression : *Une personne peut ressentir de la tristesse ou un mal-être lorsqu'elle vit une perte significative (ex.: rupture amoureuse, décès d'un proche), une situation d'adaptation (ex.: entrée à l'université), ou lorsqu'elle fait face à un choix important (ex.: projet de carrière). Toutefois, si la tristesse persiste et que le fonctionnement général est altéré, il est possible que l'humeur se détériore et glisse vers un état dépressif.*

Stress : *Selon la définition de l'OMS, le stress apparaît lorsque nos ressources et stratégies de gestion personnelles sont dépassées par les exigences qui nous sont posées. Le stress est une réaction normale d'adaptation de notre organisme face à un changement d'environnement.*

Le stimulateur cardiaque : *C'est un petit appareil électronique qui surveille continuellement le rythme cardiaque. Il émettra un signal électrique pour rétablir un rythme cardiaque normal au besoin.*

ملخص

مرضى القلب الذين يدخلون المستشفى بعد جراحة زرع منظم ضربات القلب "PACEMAKER" يتجلى في التوتر والاكتئاب. تتجلى حالة الإجهاد لدى المرضى الذين يخضعون لجهاز تنظيم ضربات القلب بدرجات متفاوتة. يعاني المرضى الذين يخضعون لجهاز تنظيم ضربات القلب من اكتئاب حاد. يركز هذا العمل على الإجهاد والاكتئاب في أمراض القلب في المستشفى مع بطء القلب الذين خضعوا لعملية زرع جهاز تنظيم ضربات القلب

Résumé

Les patients cardiopathies hospitalisés après une intervention chirurgicale de l'implantation d'un stimulateur cardiaque « PACEMAKER » se manifestent par le stress et la dépression.

L'état du stress chez les patients subis le stimulateur cardiaque « pacemaker » est manifesté à divers degré. Les patients subis le stimulateur cardiaque « pacemaker » présente une dépression sévère.

Ce travail qui porte sur le stress et la dépression chez les cardiopathies hospitalisée atteints D'une bradycardie et qui ont subis une implantation d'un stimulateur cardiaque.

Abstract

Heart disease patients hospitalized after "PACEMAKER" pacemaker implantation surgery are manifested by stress and depression.

The state of stress in patients undergoing the pacemaker is manifested to varying degrees. Patients undergoing the pacemaker have severe depression.

This work focuses on stress and depression in hospitalized heart disease with bradycardia who have undergone pacemaker implantation.