

Université Abderrahmane Mira de Bejaia



Faculté des sciences humaines et sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

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

Option : Psychologie Clinique

Thème

**L'angoisse de la mort chez les personnes atteintes
d'insuffisance rénale chronique**

**Etude de quatre (04) cas réalisée au Centre d'Hémodialyse
Achifa de Bejaia**

Réalisé par :

ADEL Anissa

AINOUCHE Dyhia

Encadré par :

Mr Ghouas Yacine

Année universitaire 2024/2025

Remerciements

En premier lieu, nous remercions Dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir à l'accomplissement de ce travail.

En second lieu, nous désirions exprimer ma gratitude à mon encadrant Mr GHOUAS Yacine, pour le temps précieux qu'Il nous a consacrées, pour son orientation, encadrement et notamment pour sa disponibilité durant tout le parcours de notre recherche, nous la remercions également pour son encouragement et sa bienveillance.

On tient à remercier également le responsable du stage Dr Boudraham de nous avoir accueillies dans son centre et d'avoir accepté de diriger ce travail. Sa rigueur, sa disponibilité et ses qualités humaines nous ont profondément touchés

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

A ceux que j'aime surtout aux plus chères personnes au monde ; mes parents qui ont toujours souhaitent ma réussite.

À mes frères,

A Mes sœurs Samia, Meriem,

A mes belles-sœurs,

Mes neveux, mes nièces,

A mes copines,

Pour toute la famille ; **ADEL** et les personnes qu'on aime.

A ma chère binôme: DYHIA

ANISSA

Dédicace

Je dédie ce mémoire à toute ma famille.

À mon père, ma mère et ma grand-mère, pour leur amour, leurs prières et leur soutien constant.

À mes frères et sœurs, pour leur présence et leurs encouragements.

Une pensée particulière à mon frère Aissa et ma sœur Nawel.

Je tiens également à remercier mon mari, qui m'a toujours soutenue avec patience et affection.

Je remercie ma binôme Anissa, pour cette belle expérience partagée ensemble.

Dyhia

Sommaire

Remerciement

Dédicace

Liste des tableaux

Liste des figures

Introduction

Cadre méthodologique de la recherche

1. La problématique : -----	4
2. Les hypothèses de la recherche -----	8
3. La définition et l'opérationnalisation des concepts clés-----	8
4. La raison du choix du thème :-----	10
5. L'objectif de notre recherche :-----	10

La Partie Théorique

Chapitre I

L'insuffisance rénale chronique

Préambule -----	13
1. La définition de rein : -----	13
2. Le rôle des reins : -----	13
3. Les fonctions des reins -----	16
4. La définition de l'insuffisance rénale : -----	17
5. Les types de l'insuffisance rénale :-----	18
5.1. L'insuffisance rénale chronique (IRC) : -----	18
5.1.1. La définition rénale chronique -----	18
5.1.2. Les manifestations de l'insuffisance rénale chronique : -----	18
5.1.3. L'étiologie de l'IRC :-----	21

5.1.4. Les stades de maladie rénale chronique (IRC) :-----	22
5.1.5. Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique :-----	22
5.1.6. Les Complications de l'IRC : -----	24
5.1.7. Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) :-----	24
5.2. L'insuffisance rénale aigüe-----	27
5.2.1. La définition de l'insuffisance rénale aigüe :-----	27
5.2.2. Les manifestations de l'insuffisance rénale aigüe :-----	27
5.2.3. L'étiologie de l'insuffisance rénale aigüe :-----	28
5.2.4. Les Complications d'une insuffisance rénale aigüe -----	29
5.2.5. Traitement de l'insuffisance rénale aigüe : -----	29
Synthèse -----	29

Chapitre II

L'angoisse de la mort

Préambule -----	31
1. L'angoisse -----	31
1.1. La définition de l'angoisse :-----	31
1.2. L'étymologie de terme angoisse :-----	32
1.3. Les théories explicatives de l'angoisse :-----	32
1.4. La sémiologie d'angoisse :-----	33
1.5. L'étiologie de l'angoisse :-----	34
1.6. Les types d'angoisse :-----	34
1.7. La nature de l'angoisse :-----	36
1.8. Les formes cliniques de l'angoisse-----	36
1.9. La classification de l'angoisse selon les structures :-----	37
1.10. Le traitement de l'angoisse.-----	38
2. L'angoisse de la mort -----	39
2.1. La définition de la mort : -----	39
2.2. La définition de l'angoisse de mort :-----	39
2.3. Les symptômes d'angoisse de mort : -----	40
2.4. Les types de l'angoisse de la mort : -----	40

2.5. Les causes d'angoisse de la mort : -----	43
2.6. Les variables associées à l'angoisse de mort : -----	44
2.6.1. La relation entre l'âge et angoisse de mort : -----	44
2.6.2. La relation entre angoisse de mort et santé physique : -----	44
2.6.3. La relation entre le sexe et l'angoisse de mort : -----	44
2.7. Les mécanismes internes impliqués dans les angoisses de mort : -----	45
2.8. Les théories psychanalytiques de l'angoisse de la mort -----	46
Synthèse -----	46

La partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de recherche

Préambule -----	49
1. La pré-enquête-----	49
2. Le lieu de recherche Centre d'hémodialyse Achifa : -----	50
3. Les limites de recherche -----	50
4. La méthode descriptive -----	50
5. La population d'étude et les caractéristiques de choix -----	51
6. Les outils d'investigation -----	52
7. L'échelle de l'angoisse de mort « Donald Templer »:-----	54
Synthèse -----	56

Chapitre IV

Présentation et Analyses des résultats et Discussion des hypothèses

Préambule -----	58
1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien et de l'échelle de Donald Templer --	58
2. Discussion des hypothèses :-----	72

Conclusion ----- 77

Liste bibliographique

Annexes

Liste des tableaux

Numéro du Tableau	Titre du Tableau	Numéro de Page
TableauN°1	Récapitulatif des caractéristiques de choix de la population de la recherche.	52
TableauN°2	Présente l'échelle de sélection de l'angoisse de mort pour Donald Templer.	56
TableauN°3	Présentation des résultats des échelles du 1er cas	61
TableauN°4	Présentation des résultats des échelles du 2^{EME} cas	64
TableauN°5	Présentation des résultats des échelles du 3^{EME} cas	68
TableauN°6	Présentation des résultats des échelles du 4^{EME} cas	71
TableauN°7	Récapitulatif les résultats de l'échelle de l'angoisse de la mort de Templer.	72

Liste des Figure

Figure 1 Les fonctions des reins.....	17
Figure 2 l'hémodialyse et la dialyse péritonéale (centre de néphrologie du Lez).	
.....	27

Introduction

Introduction

La maladie chronique transforme la vie de l'individu. Elle impose des limites, modifie les habitudes quotidiennes et fragilise l'équilibre psychique. L'insuffisance rénale chronique, en particulier, est une pathologie lourde qui exige un suivi médical permanent, des traitements contraignants comme la dialyse, et parfois une greffe de rein. Elle touche aujourd'hui des millions de personnes à travers le monde et représente un véritable enjeu de santé publique. En Algérie, le nombre de nouveaux cas d'IRC dépasse les 3500 chaque année, un chiffre qui reflète l'influence des facteurs de risque tels que l'hypertension, le diabète et les troubles cardiovasculaires, rendant cette maladie de plus en plus prévalent.

Au-delà de ses conséquences physiques, l'IRC engendre une souffrance psychologique importante. Les patients doivent s'adapter à un rythme de soins intensif, à une dépendance accrue vis-à-vis des machines et du corps médical, ainsi qu'à des bouleversements importants dans leur vie personnelle, professionnelle et sociale. Cette réalité conduit souvent à une fragilisation de la santé mentale, marquée par une anxiété persistante, une perte de repères et un sentiment d'épuisement psychologique. L'angoisse devient une réaction fréquente, alimentée par la peur de la mort, la perte d'autonomie, la rupture avec la vie d'avant et l'incertitude face à l'avenir.

Parmi les réactions les plus fréquentes, l'angoisse occupe une place centrale. Elle est alimentée par la peur de la mort, la perte d'autonomie, la rupture avec la vie d'avant et l'incertitude face à l'avenir. L'angoisse de la mort, en particulier, devient une réalité quotidienne pour de nombreux patients. Ce n'est plus une peur abstraite, mais une présence constante, ravivée à chaque séance de dialyse et par chaque signe d'aggravation de la maladie. Elle renvoie à une confrontation directe avec la finitude, mais aussi à la souffrance, à la dépendance et à la solitude. L'incertitude quant à l'évolution de l'état de santé, la peur de l'impossibilité de recevoir une greffe ou encore la crainte de l'inconnu qui accompagne les traitements intensifs contribuent à accroître cette angoisse.

C'est à partir de ce constat que s'inscrit notre travail de recherche. Nous avons mené une étude de terrain auprès de quatre patients, dont trois femmes et un homme, suivis au centre d'hémodialyse Achifa de Bejaia, dans le cadre de notre stage. Afin de mieux comprendre leur vécu subjectif et la nature de leur angoisse de la mort, nous avons adopté une approche qualitative, en nous appuyant sur des entretiens semi-directifs enrichis par une évaluation

psychométrique à l'aide de l'échelle de l'angoisse de la mort de Donald Templer. Cette méthode nous a permis de recueillir des récits de vie singuliers tout en identifiant des thématiques récurrentes autour de l'angoisse de la mort.

Ce mémoire s'ouvre sur une exploration approfondie de l'insuffisance rénale chronique et de ses répercussions psychologiques, en particulier l'angoisse de la mort chez les patientes atteintes de cette pathologie. Il s'organise en deux grandes parties : une partie théorique et une partie pratique, dans le but d'articuler les connaissances scientifiques aux données recueillies sur le terrain

La partie théorique comprend deux chapitres. Le premier chapitre est consacré à une présentation détaillée de l'insuffisance rénale chronique, incluant sa définition, ses causes, ses manifestations cliniques, ses complications, ainsi que les traitements disponibles, tels que la dialyse et la greffe du rein. Le deuxième chapitre, quant à lui, aborde la notion d'angoisse, avec un focus particulier sur l'angoisse de la mort. Ce chapitre s'appuie sur les apports des théories psychanalytiques, tout en explorant les dimensions sémiologiques, étiologiques et les variables psychologiques et sociales associées.

La partie pratique s'articule également en deux chapitres. Le troisième chapitre décrit la méthodologie de recherche adoptée, en détaillant les outils d'investigation utilisés (notamment l'échelle de l'angoisse de mort de Donald Templer), les critères de sélection des patientes, le lieu de l'enquête, ainsi que les limites méthodologiques rencontrées. Enfin, Le quatrième chapitre présente les résultats issus des entretiens cliniques et des évaluations psychométriques. L'analyse des données est suivie d'une discussion approfondie autour des hypothèses formulées au début de notre travail.

Enfin, nous avons clôturé notre étude par une conclusion, suivie de la liste des références bibliographiques et des annexes.

Cadre générales de problématique

1. La problématique :

L'être humain peut être effectué par une maladie sans avertissement car le corps humain est susceptible d'être infecté à tout moment. La santé et la maladie font partie de la vie de tout être humain, constitue un droit humain fondamental. Selon l'OMS « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Pourtant, lorsque l'on parle de santé, on oublie souvent la santé mentale, qui, comme la santé physique, est un équilibre entre des facteurs internes et externes propres à chaque personne (**Montet-Aubrée. C, 2015, p.54**).

En général, les êtres humains souffrent de deux types de maladies tels que les maladies aiguës et les maladies chroniques. Une maladie aiguë ; altération qui récupère rapidement d'un type va se rétablir progressivement, et même ça ne dure pas longtemps comme la grippe, la fièvre...). Mais par contre la maladie chronique ; est une maladie qui dure tout au long de la vie, qui peut être confronté au cours de sa vie à des maladies graves qui vont créer un mal être physique et mentale telles que les maladies rénales et plus dangereuses, d'autant plus qu'elles peuvent rarement être traitées, comme le diabète, le cancer, l'insuffisance rénale chronique ... Ils se développent progressivement et durent des mois et des années. Qui est devenue un problème de santé public, c'est une pathologie très grave qui touche la totalité de corps humain ce qui affecte négativement le psychique du patient.

Chaque année, à l'occasion de la Journée Mondiale du Rein, un colloque est organisé sur la thématique retenue par le World Kidney Day. En 2024, le thème de la Journée Mondiale du Rein 2024 retenu par la Fédération Internationale des Fondations du Rein (International Federation of Kidney Foundations – IFKF) pour l'édition 2024 était "La santé rénale pour tous: Promouvoir un accès équitable aux soins et une utilisation optimale des médicaments". Plus de 850 millions de personnes souffrent d'une maladie rénale dans le monde. Leur capacité à accéder à des diagnostics, des traitements et des soins appropriés est fortement compromise. (**fondation de rein**) ([**Colloque de la Journée Mondiale du Rein – Fondation du rein 2024**](#)).

L'Algérie ne fait pas exception, elle est également affectée par cette maladie. Le nombre total des personnes atteintes de cette maladie en Algérie, selon une estimation effectuée 30.03.2025, environ 35 000 personnes sont concernées par la maladie rénale chronique, avec un coût de prise en charge estimé à 800 millions d'euros, indique ce dimanche le Dr Farid Haddoum, chef de service néphrologie au CHU Mustapha Pacha. Selon lui, une nouvelle approche est nécessaire pour mieux accompagner les malades et réduire les dépenses,

notamment en instaurant un dépistage obligatoire pour les populations à risque. (**Ines, l'express dz,2025**)

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par la diminution progressive et irréversible du débit de filtration glomérulaire (DFG) qui est le meilleur indicateur du fonctionnement général. Elle résulte en règle de l'évolution d'une maladie rénale chronique (MRC). Conformément à un consensus international, les MRC sont définies par l'existence d'une anomalie rénale fonctionnelle ou structurelle évoluant depuis plus de 3 mois (il peut s'agir d'une anomalie morphologique à condition qu'elle soit « cliniquement significative », d'une anomalie histologique ou encore d'une anomalie dans la composition du sang ou l'urine secondaire à une atteinte rénale). Avec un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60mL/min/1,73m² depuis plus de 3 mois. Elles peuvent aboutir à l'insuffisance rénale terminale (IRT) qui nécessite le recours à l'épuration extra-rénale (hémodialyse ou dialyse péritonéale) et/ou à la transplantation rénale (**Moulin et Peraldi, 2009 p.217**).

La maladie rénale chronique est une diminution du fonctionnement des reins qui ne filtrent plus correctement le sang de l'organisme. L'insuffisance rénale chronique (IRC) est un problème mondial de santé publique. Il s'agit d'une complication redoutable de la maladie rénale chronique (MRC) qui comporte non seulement une dimension somatique, mais aussi sociale et psychologique. Ce qui provoque généralement une dépression et une anxiété, comme cela peut également entraîner des complications graves et potentiellement la mort si elle n'est pas traitée. Chaque personne réagit d'une manière social ou psychologique à cette maladie. Il est normal de ressentir de l'angoisse de la mort, mais il est également important de trouver des moyens de faire face à ces émotions et de trouver du soutien. Donc vivre avec un problème de santé physique augmente le risque de développer un problème de santé mentale, et, de même, un mauvais état de santé mentale. Les traitements tels que la dialyse ou la transplantation rénale peuvent aider à prolonger la vie et à améliorer la qualité de vie, mais ils ne sont pas toujours une solution permanente. Et, de même, un mauvais état de santé mentale.

Cette maladie peut créer chez la personne un sentiment d'angoisse de mort ,fort ou modéré cela dépend de la structure et la solidité de fonction psychique de la personne ,et ses défenses adoptées à ce genre de situation angoissantes, ainsi le sentiment de mort dépend de soutien et d'étayage social que la personne va recevoir de l'entourage, parce que le malade focalise toute ses énergies et ses prés-occupations sur sa maladie ,ce qui va engendre un des investissement de sa écrivîtes ,et de ses occupations, et la personne se voit comme incapable,

et inutile face à la maladie et à la mort, contrairement à la personne qui a un bon fonctionnement et un bon étayage social, elle peut contrôles (relativement son angoisse de mort et peut être la personne va résistée a ce sentiment et ce l'espérance de vivre, et de construire ses représentation que le soi a des capacités individuelle à faire face aux situations de danger, et elle va la traitées comme des expériences de la réalité, ce qui va pousser le malade armer ses défenses d'une manière efficaces pour vivre.

Alors, l'angoisse de la mort est une réaction émotionnelle très forte ressentir par les IRC en raison de la gravité de leur maladie qui s'agit d'une problématique fréquente chez ces patients, en raison des nombreux contraintes physique, émotionnelles et sociales liées à cette maladie.

A cet égard, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a souligné dans son plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 que les maladies mentales associées aux maladies chroniques sont en augmentation. Après la Seconde Guerre mondiale et ses conséquences de catastrophes, de destructions et de souffrances humaines, ainsi que la perte de millions de vies, de nombreuses études ont émergé pour explorer les facteurs psychologiques et sociaux fortement liés à la mort. Parmi ces facteurs figurent le trouble obsessionnel-compulsif, l'anxiété, la dépression et la frustration, ainsi que la domination de l'idée de mort sur l'esprit et les émotions des individus. (**Organisation mondiale de la santé. 2013**).

Les théoriciens de la psychologie n'ont pas fait exception à cette attitude de méfiance. La mort a pris de nombreuses années avant de s'implanter comme thème majeur auprès des bâtisseurs de la psychologie.

Plusieurs études se sont penchées sur l'angoisse de la mort chez les patients insuffisants rénaux, comme l'étude d'Al-Nayal (1991), dont les résultats ont montré qu'il existe une relation entre les maladies physiques représentées dans l'insuffisance rénale, les maladies cardiaques et les maladies psychologiques représentées par l'angoisse de mort. Et aussi l'étude de Jaafar Abu Sabah (2009), qui visait à identifier l'angoisse de mort chez les résidents des zones adjacentes aux usines chimiques en Palestine, a montré le but de cette étude de connaître le degré d'angoisse de mort chez les résidents des zones adjacentes aux usines chimiques israéliennes dans la région de Tularémie. L'étude de zwawi Sulaiman sur l'angoisse et la réaction dépressif chez les personnes souffrant d'une insuffisance rénale qui a confirmé que les personnes atteintes de cette maladie sont caractérisées par l'angoisse, l'étude de Elkamila 2018 qui révèle que les degrés de l'angoisse de la mort est élevé chez l'échantillon de personnes atteintes d'une insuffisance

rénale, ainsi une Étude de Aya Kwadjlia sur l'anxiété de mort chez les adultes atteint de cancer a montré dans ses résultats l'existence de l'angoisse de la mort chez les cancéreux. (**Kahina et Hassina, 2014, pp.10-11**).

Les recherches fait, qu'on a présenté on essaye d'expliquer le problème de l'angoisse de la mort sur des différentes maladies, mais pas sur les cas d'insuffisance rénale chronique. Donc on va les prendre en considération et en va l'appliquer sur les IRC.

Dans notre recherche on doit se reférer à l'approche psychanalytique, que certains auteurs issus du courant psychanalytique ont abordé le sujet de la mort à travers le développement de leur théorie. Leur conception de la mort est brièvement décrite dans ce qui suit. Il s'agit de Freud lui-même, ainsi que Jung et Erik Erikson. Toutefois, les auteurs qui ont traité de façon centrale la réalité de la mort, dérivent davantage du mouvement humaniste et existentiel. Qui a pris son ampleur vers le milieu du siècle. Qu'il s'agisse des travaux de d'Elizabeth Kubler-Ross, de Victor Frankl et de Irving Yalom, ces auteurs et cliniciens ont tous développé des conceptions imprégnées de l'inévitable réalité de la mort et ont incorporé celle-ci en tant que force motrice et signifiante de la vie. La mort a ainsi pu s'intégrer de façon plus marquante au domaine de la psychologie, que ce soit sur le plan conceptuel ou empirique. La vision de ces derniers est explicite à la suite des exposés sur Freud, Jung et Erickson. Pour S. FREUD « l'angoisse de mort n'est qu'un 'analogon de l'angoisse de castration' ». La peur de la mort en elle-même, la peur de mourir, est la peur de la perte étude la solitude, la peur du voyage vers l'inconnu « que les différentes croyances et religions tentent d'apaiser ». Et pour M. RENAULT, au sujet de la formulation freudienne l'inconscient ne peut se représenter sa propre mort : si l'angoisse de mort ne représente pas pour le sujet sa propre disparition, de quelle mort s'agit-il ? (**RENAULT M, 2002**).

Aussi on trouve Donald Templer qui s'intéresse à l'étude de l'angoisse de la mort ou il a inventé une échelle pour mesurer l'angoisse de la mort chez les personnes atteintes de maladies chroniques. (**Templer. D. I, 1970, p.165-177**).

Pour mieux comprendre l'impact de cette maladie sur le fonctionnement psychologique de la personne atteinte, à base de tout ce qui a été avancé précédemment, nous nous demandons :

L'hypothèse principale :

Est-ce que les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique souffrent différemment d'angoisse de la mort ?

Hypothèse secondaire :

- Quel est le degré de l'angoisse de la mort chez les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique ?
- Est-ce que les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique souffrent de la peur de la rupture de la famille ?

2.Les hypothèses de la recherche

Afin de répondre aux questions posées précédemment nous avons formulé les hypothèses suivantes :

L'hypothèse principale :

- Oui, les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique souffrent différemment d'angoisse de la mort

L'hypothèse secondaire :

- L'angoisse de la mort se manifeste à des degrés divers chez les personnes atteintes une insuffisance rénale chronique
- Les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique souffrent de problème de la peur de la rupture de la famille.

3.La définition et l'opérationnalisation des concepts clés

Avant de commencer notre thème ; on doit définir les concepts utiliser dans notre recherche qui vont nous conduire dans notre démarche théorique et pratique, mais sans entrée en détail, ou donnant une ou deux définitions qui sont les plus proches à notre thème de recherche et les hypothèses qu'on a donné. En plus, essayé d'opérationnaliser nos concepts pour les rendre plus concrets et palpable selon notre terrain de recherche.

1. Insuffisance rénale chronique :

Théorique :

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

Conformément à un consensus international, les MRC sont définies par l'existence : D'une anomalie rénale fonctionnelle ou structurelle évoluant depuis plus de 3 mois (il peut

s’agir d’une anomalie morphologique à condition qu’elle soit d’une anomalie histologique ou encore d’une anomalie dans la composition du sang ou de l’urine secondaire à une atteinte rénale). Et /ou d’un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60 ml/min /1,73m² depuis plus de 3 mois. Elles peuvent aboutir à l’insuffisance rénale terminale (IRT) qui nécessite le recours à l’épuration extrarénale (hémodialyse ou dialyse péritonéale) et/ou à la transplantation rénale. (**Bruno et al, 2016, p.200**).

Définition opérationnelle :

- La dépendance à la dialyse.
- Fatigue anormal.
- Perte de poids et d’appétit.
- Nausées, vomissement.
- La dépendance la dialyse

2. L’angoisse de la mort :

Théorique : Selon Freud : L’angoisse de mort comme analogon de l’angoisse de castration. Pour lui, l’inconscient étant convaincu de son immortalité, la peur de mourir correspond essentiellement à la punition du délit oedipien. Il ne proviendrait que du sentiment de culpabilité généré par ce dernier. « C’est pourquoi je m’en tiens fermement à la supposition que l’angoisse de mort doit être conçue comme analogon de l’angoisse de castration, et que la situation à laquelle le moi réagit est le fait d’être délaissé par le sur-moi protecteur - les puissances du destin, par quoi prend fi l’assurance contre tous les dangers. » (**Freud. S, 1926, p.44**).

Définition opérationnelle :

- Anxiété
- Rupture avec la famille.
- Des pensées négatives persistantes.
- Difficultés à respirer et des troubles digestifs.
- Des palpitations.
- Sensation d’une boule au ventre.
- Incapacité de ce concentré.
- Inquiétude et peur.
- Troubles alimentaires.
- Perturbation de sommeil.

Parmi les indicateurs qu'on a choisir dans notre recherche est la rupture avec la famille car la mort c'est la disparition par rapport à la famille et aussi leurs jeune âge qui indique la peur de la rupture de la famille.

4.La raison du choix du thème :

La raison qui nous ont poussés à choisir ce thème « l'angoisse de la mort chez les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique » est :

On a choisi directement l'angoisse de la mort suite à notre spécialité mais di le début on a pensés a d'autre maladies comme le cancer mais y'a le problème d'axée au stage, à partir de cette raison on a choisi insuffisance rénale chronique suite à la facilite d'axée au service IRC.

5.L'objectif de notre recherche :

Notre recherche vise les objectifs suivants :

L'objectif principal de ce travail de recherche est d'approfondir notre analyse sur l'angoisse de la mort chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique au niveau de centre d'hémodialyse Achifa de Bejaia. Comprendre, évaluer et mesurer le niveau d'angoisse de la mort chez les patients insuffisants rénaux, comprendre le regard des IRC vers leurs situations et aussi décrire les souffrances physiques, psychiques et sociales des patients insuffisants rénaux.

La partie théorique

CHAPITRE I

L'insuffisance rénale chronique

Préambule :

L'insuffisance rénale chronique est une condition médicale sérieuse qui affecte les reins. Cela peut entraîner une diminution de la fonction rénale, une accumulation de toxines dans le corps et des déséquilibres électrolytiques.

A travers ce chapitre on va essayer d'aborder, La définition de rein, le rôle des reins, la fonction de rein, la définition de l'insuffisance rénale, la définition de IRC, ses manifestations, étiologie, les stades de maladie IRC, le diagnostic, les complications IRC et son traitement. Ensuite nous allons aborder aussi la définition de l'insuffisance aigüe, ses manifestations, l'étiologie de IRA, ses complications et en fin son traitement.

1.La définition de rein :

Les reins sont des organes pairs rougeâtres en forme de haricot. Ils sont situés de chaque côté de la colonne vertébrale entre le péritoine et la paroi postérieure de la cavité abdominale dans un espace entre la douzième vertèbre thoracique et les trois premières vertèbres lombaires. Ainsi, la partie supérieure des reins est partiellement protégée par les onzième et douzième paires de côtes, les côtes flottantes (voir la. Le rein droit est légèrement plus bas que le gauche parce que le foie, au-dessus, occupe un grand espace. (**Tortora et al, 2017, p.602**).

2.Le rôle des reins :**a) Filtration glomérulaire :**

Production de l'urine primitive à partir du plasma dépourvu de protéines de haut poids moléculaire.

- Il existe une ultrafiltration du plasma des capillaires des glomérules vers la chambre urinaire.

- Par ultrafiltration :

Pression hydrostatique.

Pression oncotique.

$$\mathbf{DFG=Kf \times Puf}$$

Kf : coefficient de filtration, produit du coefficient de perméabilité de la barrière et de la surface de filtration.

Puf : gradient de pression entre la pression hydrostatique et oncotique entre le capillaire glomérulaire et le compartiment tubulaire.

L'autorégulation rénale maintient constants le débit sanguin rénal et la filtration glomérulaire lors de la variation de la pression artérielle entre 70 et 140 mmHg.

Tout au long de la progression de l'urine primitive dans les tubules, il existe des transferts passifs ou actifs de réabsorption ou de sécrétion d'éléments notamment des ions. (**Lebon.L et al, 2013, pp.6-7**).

b) Contrôle tensionnel :**Maintien d'une pression artérielle normale :**

- Via le système rénine angiotensine aldostérone SRAA.
- SRAA :

La rénine est sécrétée au niveau de l'appareil juxta glomérulaire en réponse aux variations volumiques.

Elle permet la transformation d'angiotensinogène en angiotensine I qui sera transformée en angiotensine de type II par l'enzyme de conversion.

L'angiotensine II est un fort vasoconstricteur. Il permet aussi de stimuler la sécrétion surrénalienne d'aldostérone.

Les autres stimulants de la rénine sont le système sympathique. (**Lebon.L et al, 2013, p.7**).

c) Métabolisme phosphocalcique :

Le calcium a un équilibre très strict :

Son équilibre est assuré par :

3 Organes : les os, l'intestin, le rein.

3 Hormones: PTH, vitamine D, pro calcitonine.

Les parathyroïdes sécrètent la PTH qui est une hormone hypercalcémiant et hypophosphorémiant.

- Elle provoque :

Au niveau du rein augmentation de la réabsorption tubulaire de calcium associée à une diminution de la réabsorption tubulaire de phosphore et une activation de la 1-O hydroxylase.

Au niveau de l'os stimulation de la résorption ostéoclastique.

La calcémie à elle un effet de rétrocontrôle négatif sur la sécrétion de PTH. (**Lebon.L et al, 2013, pp.8-9**).

d) Fonctions endocriniennes

Vitamine D :

La forme active de la vitamine D (= 1,25(OH)-vitamineD3) est produite dans les cellules tubulaires proximales.

Son précurseur hépatique est le 25OH-vitamine D3 qui sous l'effet d'une hydroxylase se transforme en forme active.

L'activité de l'hydroxylase est augmentée par la PTH.

La forme active augmente l'absorption digestive et rénale du calcium ainsi que l'absorption intestinale du phosphate.

EPO :

Elle est produite en réponse à une hypoxie tissulaire.

En cas d'insuffisance rénale chronique, cette fonction est altérée d'où une anémie normocytaire arégénérative qu'il faut supplémenter par une EPO de synthèse.

SRAA.

e) Epuration des déchets azotés :

Les déchets protidiques souvent dosés en pratique sont :

- Urée.
- Créatinine.
- Acide urique

L'urée est réabsorbée et sécrétée tout au long du voyage tubulaire pour finalement être excrétée en grande quantité dans les urines.

L'acide urique est en revanche presque entièrement réabsorbé.

La créatinine dépend de la masse musculaire, elle est complètement filtrée par le glomérule et n'est pas réabsorbée. (**Lebon.L et al, 2013, p.9**).

3.Les fonctions des reins

Maintien de l'homéostasie

L'homéostasie est la permanence et de la constance du milieu intérieur. Elle comprend :

- La pression osmotique : le rein maintient stable le volume hydrique de l'organisme ;
- L'équilibre hydro-électrolytique : le rein régule et maintient constante la composition ionique du plasma (NaCl, K, Mg, etc.)
- L'équilibre acido-basique : le rein élimine l'excès d'acides pour maintenir un pH sanguin aux environs de 7,41.

Élimination de déchets toxiques

L'urine permet d'éliminer divers déchets provenant des différents métabolismes et notamment du catabolisme des protides (urée), de la créatinine musculaire (créatinine) ainsi que de certains médicaments.

À l'inverse, certains constituants du sang ne sont pas éliminés par le rein en situation physiologique ; c'est le cas de l'albumine, du glucose, des globules rouges. Leur présence dans l'urine (albuminurie, glycosurie, hématurie) signe donc une situation pathologique, soit par dysfonctionnement ou lésion rénaux, soit par excès de production de la substance en cause.

Synthèse d'hormones, de la vitamine D et de l'érythropoïétine

Le rein sécrète différentes hormones vasoactives (catécholamines, angiotensine, rénine, prostaglandines, kinines) qui contrôlent la pression artérielle.

C'est également un organe cible pour de multiples hormones vasoactives (catécholamines, glucagon, etc.) et à action tubulaire (aldostérone, ADH, PTH, calcitonine, etc.) qui vont jouer sur l'hémodynamique rénale, sur les transferts tubulaires hydroélectrolytiques et sur l'équilibre phosphocalcique.

Le rein synthétise le 1,25-dihydroxycholécalciférol, métabolite actif de la vitamine D qui contrôle l'absorption intestinale du calcium et du phosphore et leur mobilisation osseuse. Il a également une fonction hématopoïétique en sécrétant l'érythropoïétine qui stimule la synthèse des hématies par les organes hématopoïétiques. (**Dupont,S, 2024, pp.225-226**).

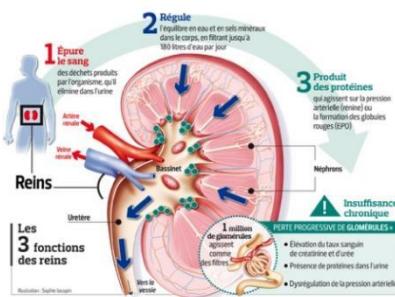


Figure N° 1 : Les fonctions des reins

4. La définition de l'insuffisance rénale :

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

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

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

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

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

L'insuffisance rénale, également connue sous le nom de défaillance rénale, est une affection pouvant prendre différentes formes : aiguë quand elle se manifeste soudainement et chronique quand elle se développe lentement sur une période d'au moins 3 mois. Une insuffisance rénale aiguë peut évoluer en insuffisance rénale chronique. Lorsque ces 2 phénomènes se produisent. (Deloeuvre, Guy, 2018, p.2).

L'insuffisance rénale est une situation à risque pour les médicaments s'éliminant par voie rénale. On peut distinguer deux situations (l'insuffisance rénale aiguë et l'insuffisance rénale

chronique) qui ont globalement les mêmes conséquences sur la pharmacocinétique des médicaments. (**Chouchana, L et al, 2024, p.74**).

5.Les types de l'insuffisance rénale :

5.1.L'insuffisance rénale chronique (IRC) :

5.1.1. La définition rénale chronique

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par la diminution irréversible du débit de filtration glomérulaire (DFG) qui est le meilleur indicateur du fonctionnement rénal. Elle résulte soit de l'évolution d'une maladie rénale chronique (MRC), soit de la non-récupération après une agression rénale aiguë.

Conformément à un consensus international, la MRC est définie par l'existence depuis plus de 3 mois :

D'une insuffisance rénale définie par un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60 ml/min/1,73 m² ;

Et/ou d'une anomalie rénale morphologique ou histologique à condition qu'elle soit cliniquement significative.

Et/ou d'une anomalie dans la composition du sang ou de l'urine secondaire à une atteinte rénale (**Collège Universitaire des Enseignants de Néphrologie,2024, p.279**).

5.1.2.Les manifestations de l'insuffisance rénale chronique :

Atteintes cardio-vasculaires :

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité chez le patient en IRC terminale. Cette dernière est de 10 à 30 fois plus élevée que dans la population générale après ajustement pour l'âge, le sexe, l'origine ethnique et le diabète.

Hypertension artérielle :

Le taux de mortalité est défini à 40%, elle est associée à l'IRC dans 80 à 90% des cas.

Facteur de risque de complication cardiaque doté d'un rôle important dans le pronostique de la maladie. Cette corrélation entre HTA et IRC s'explique par le rôle essentiel du rein dans le contrôle de la pression artérielle grâce au système rénine-angiotensine.

Atteinte cardiaque :

L'hypertrophie ventriculaire gauche (HVG), l'insuffisance cardiaque sont les principaux responsables de la morbi-mortalité cardiovasculaire. 75% des patients débutant la dialyse (HD ou DP) ont une HVG.

La prévalence de l'insuffisance cardiaque est de 40% chez les hémodialysés et de 31% chez les patients en dialyse péritonéale alors qu'elle est de 5% dans la population générale (**Trabelsi, 2018, p. 11**).

Les manifestations hématologiques :

Le rein est la principale source d'érythropoïétine (EPO), principal facteur de croissance hématopoïétique qui stimule la formation des globules rouges. Cette production est inadéquate dans l'IRC d'où les conséquences hématologiques suivantes : L'anémie, troubles de l'hémostase (**Trabelsi, 2018, p.11**).

Les manifestations digestives :

L'insuffisance rénale chronique induit de nombreuses manifestations cliniques au niveau du système digestif lorsqu'elle est évoluée ou en cas de traitement de suppléance trop tard ou insuffisant :

- Nausées voire vomissements qui reflètent une intoxication urémique importante et doit faire envisager le début d'un traitement de suppléance.
- Gastrite et ulcère majorent l'anémie secondaire à l'Insuffisance rénale chronique et doivent être recherchés en cas de symptomatologie fonctionnelle ou de carence martiale (**Trabelsi, 2018, p.12**).

Les manifestations osseuses :

Elles sont essentiellement liées à une hyperparathyroïdie secondaire qui est caractérisée par une augmentation de la résorption osseuse ostéoclastique.

L'histomorphométrie retrouve ce type de lésion chez plus de 80% des patients urémiques.

L'insuffisance rénale chronique entraîne des perturbations du métabolisme phosphocalcique (hypocalcémie, hyperphosphatémie) responsables de « l'ostéodystrophie rénale », actuellement appelée Désordre du métabolisme Minéral et Osseux lié à la Maladie Rénale Chronique (DMO – MRC). Les signes de cette pathologie sont essentiellement radiologiques (**Trabelsi, 2018, p.12**).

Les manifestations immunitaires :

L'IRC entraîne en déficit immunitaire. En effet les infections sont une cause importante de morbidité chez les patients insuffisants rénaux. Cette susceptibilité accrue à l'infection est due à une rupture de la barrière naturelle cutanée par des techniques invasives de dialyse dans un environnement hospitalier propice aux infections nosocomiales mais est surtout lié à l'état de déficit immunitaire provoqué par l'urémie observé chez ces patients. Cette anomalie du système immunitaire se manifeste dès le stade débutant de l'insuffisance rénale. Elle s'intensifie avec la progression de l'insuffisance rénale et s'accentue encore chez le patient hémodialysé.

Cette immunodéficience porte sur l'immunité humorale et cellulaire, tous les types de cellules immunocompétentes sont atteints.

Les déficits de la phagocytose et de la fonction cytolytique jouent un rôle important dans les anomalies de l'immunité innée. Une régulation inhibitrice des cellules T et B et une présentation antigénique défectueuse semblent principalement impliquées dans les déficits de l'immunité adaptative.

Enfin, au niveau de l'immunité innée humorale, un déficit du complément, qui est le principal auxiliaire de cette immunité, est également mis en cause (**Trabelsi, 2018, p.13**).

Les manifestations dermatologiques :

Ces patients peuvent présenter des hyperpigmentations cutanées, un prurit, des ecchymoses, des œdèmes, une pâleur cutanéomuqueuse (liés à l'anémie).

Les manifestations métaboliques :

Les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique présentent en générale une acidose et des troubles électrolytiques.

D'autre part, environ 70 % des patients urémiques ont une intolérance au glucose. En effet, la glycémie à jeun est normale mais la glycémie postprandiale est augmentée en raison d'un mécanisme de résistance périphérique à l'insuline.

Cette anomalie du métabolisme du glucose est partiellement améliorée par l'hémodialyse. De plus, une fraction importante de patients avec une insuffisance rénale a une hyperlipidémie de type IV avec augmentation de la concentration de triglycérides et une diminution du cholestérol HDL qui pourrait être la conséquence d'une anomalie du métabolisme hépatique des lipoprotéines (**Trabelsi, 2018, p.16**).

Les manifestations neuromusculaires :

Les manifestations neuromusculaires observées chez les patients insuffisants rénaux à un stade avancé sont parmi les manifestations les plus précoces découvertes au cours de l'urémie. Les symptômes initiaux sont modestes et comprennent une labilité émotionnelle, une insomnie et un manque de concentration. Si l'état urémique progresse, des anomalies plus marquées apparaissent avec une hyper réflexivité tendineuse, des colonies, un aster xis et une altération de la conscience qui évolue vers le coma, les convulsions et le décès (**Trabelsi, 2018, p.16**).

5.1.3. L'étiologie de l'IRC :

L'IRC peut avoir de nombreuses causes : affections systémiques (comme le diabète, la principale cause), hypertension, glomérulonéphrite chronique, pyélonéphrite, uropathie obstructive, maladies héréditaires (comme la maladie polykystique des reins), troubles vasculaires, infections, intoxications par des médicaments ou d'autres substances. Parmi les causes de l'insuffisance rénale au stade terminal, c'est le diabète qui connaît la hausse la plus marquée. Selon un rapport de l'Institut canadien de l'information sur la santé publiée en 2007, le nombre de personnes diabétiques nouvellement diagnostiquées au stade terminal de l'insuffisance rénale a augmenté de 114% en 10 ans à peine. Le diabète, surtout le diabète de type 2, serait invoqué chez plus de 40% des personnes qui en sont au stade terminal de la maladie. Ce pourcentage était de 25 % il y a 10 ans (ICIS, 2007). Les risques qu'une personne atteinte de diabète présente une insuffisance rénale terminale sont de 20 à 30% sur une période de 20 ans. (**Brunner, L et al, 2011, p.1735**).

Les facteurs de risque retenus pour le dépistage sont :

- Le diabète.
- L'hypertension artérielle traitée ou non.
- La maladie cardiovasculaire athéromateuse.
- L'insuffisance cardiaque.
- L'obésité (IMC > 30 kg/m²).
- Les maladies de système ou auto-immunes (lupus, vascularite, polyarthrite rhumatoïde...).
- Les affections urologiques (malformation urinaire, infections urinaires récidivantes, etc.)
- Les antécédents familiaux de maladie rénale avec insuffisance rénale évolutive 3.
- Les antécédents de néphropathie aiguë.

- Les traitements néphrotoxiques antérieurs (médicaments néphrotoxiques, en particulier AINS, chimiothérapie, etc.).
- L'exposition aux produits de contraste iodés, radiothérapie ciblant l'aire rénale, etc.
- L'exposition à des toxiques professionnels (plomb, cadmium, mercure). (**Guide du parcours de soins maladie rénale chronique de l'adulte (MRC), 2023, p.12**).

5.1.4. *Les stades de maladie rénale chronique (IRC) :*

Il existe cinq stades.

D'abord le premier stade, qui s'appelle maladie rénale chronique avec fonction rénale normale, dans ce stade en trouvent le diagnostic étiologie et traitement, évaluer et traiter les facteurs de risques de progression, et l'évitement des substances néphrotiques.

Après le deuxième stade, insuffisance rénale légère. Estimer et ralentir la progression et la prise en charge des comorbidités.

Ensuite le troisième stade, qui est insuffisance rénale modérée. Ensuite le diagnostic et prévention et traitement des complications, et préservation du capital veineux, et vaccination contre l'hépatite B.

Pour le quatrième stade, insuffisance rénale sévère. La préparation au traitement de suppléance.

Enfin Le dernier stade, insuffisance rénale terminale. Mise en route du traitement de suppléance, quand nécessaire (**Bruno et al, 2016, p.203**).

5.1.5. *Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique :*

Le diagnostic de l'Insuffisance rénale chronique repose sur des données biologiques, cliniques et radiologiques. Sa découverte peut se faire de deux façons, soit la néphropathie initiale est connue et la surveillance permet de détecter l'augmentation du taux de créatinine plasmatique, soit la néphropathie n'est pas connue et la maladie peut être découverte à un stade précoce où les manifestations cliniques sont négligeables, ou à un stade avancé.

L'insuffisance rénale diagnostiquée par calcul du DFG, et Recherche de signes de néphropathie associe (protéinurie, hématurie...), d'anomalies sur les voies excrétrices (échographie). Caractère chronique ; Insuffisance rénale depuis > 3 mois, et Taille des reins

diminuée, et Critères biologiques : anémie normo chrome, normocytaire, a régénérative, hypocalcémie (**Bruno et al, 2016, p.218**).

Pour établir le diagnostic positif de l'insuffisance rénale chronique, il faut tout d'abord réaliser l'anamnèse médicale :

- Connaître les antécédents médicaux personnels et familiaux du patient en termes de néphropathie
- Connaître l'état de santé actuel du patient.
- Connaître les antécédents personnels de : diabète, hypertension artérielle, de maladie athéromateuse. D'infections urinaires hautes récidivantes, d'uropathie, de lithiase. De maladie systémique ou de maladie auto-immune. De goutte. De protéinurie, d'hématurie.
- Rechercher une prise chronique ou intermittente de médicaments potentiellement nephrotoxiques : AINS, antalgiques, anti-calcine urines...
- Rechercher une exposition éventuelle à des toxiques professionnels tels que le plomb et le cadmium.
- Dans un second temps, on recherche à l'examen clinique : Une hypertension artérielle, un souffle vasculaire sur les axes artériels, la disparition de pouls périphérique. Des œdèmes, des reins palpables, un obstacle urologique (lobe vésical, touchers pelviens).
- Des signes extrarénaux de maladie systémique.
- Halitose (concentration d'urée dans la salive), démangeaisons de la peau.
- Retard de croissance et rachitisme chez les enfants (déficience en vitamine D)

Ensuite des examens paracliniques sont réalisés : Des examens biologiques et sanguins: une électrophorèse des protéines sériques, une glycémie à jeun. Des examens biologiques et urinaires: protéinurie des 24h, cytologie urinaire quantitative sur urines fraîches pour rechercher et quantifier une hématurie, une leucocytaire et rechercher des cylindres.

- Une imagerie qui peut comprendre notamment échographie rénale, urographie intra veineuse, scanné, biopsie qui permettra d'apprécier la morphologie rénale et de rechercher un éventuel obstacle dans les vies excrétrices.

Le diagnostic de l'Insuffisance rénale chronique sera confirmé par analyse biologique :

La fonction rénale est appréciée par la mesure du DFG qui correspond à la capacité d'élimination dans le temps du glomérule. On observera une diminution permanente du DFG mesuré par les différentes techniques vues précédemment. (**Guide du parcours de soin (Haute autorité de santé (HAS), 2012, p.7)**.

5.1.6. *Les Complications de l'IRC :*

Les complications possibles de l'insuffisance rénale chronique que doit connaître et qui doivent être traitées en collaboration sont notamment les suivantes :

Hyperkaliémie causée par une diminution de l'excrétion et un apport trop important de potassium (alimentation, médicaments, liquides), et par l'acidose métabolique et le catabolisme
Péricardite, épanchement péricardique et tamponnade cardiaque causés par la rétention des déchets urémiques et une dialyse inefficace

Hypertension causée par la rétention de sodium et d'eau et le mauvais fonctionnement du système rénine-angiotensine-aldostérone

Anémie causée par une diminution de la production d'érythropoïétine, la faible longévité des globules rouges, des saignements dans les voies gastro-intestinales dus à la présence de toxines irritantes, et des pertes sanguines pendant l'hémodialyse

Atteinte osseuse et calcifications métastatiques causées par la rétention de phosphore, la baisse des taux de calcium dans le sang et le métabolisme anormal de la vitamine D (**Brunner, L et al, 2011, pp.1736 -1738**).

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

- Risque de complications cardiaques, crises d'angine de poitrine, parfois un infarctus du myocarde, surtout si vous êtes fumeur.
- Complications cérébrales : hémiplégie quelquefois.
- Du fait de la moindre résistance de l'organisme le risque infectieux est plus important (hépatite B, hépatite C).
- Hémorragies digestives en rapport avec une gastrite ou un ulcère gastrique, plus fréquent que chez le sujet normal.
- Troubles des règles chez la femme.
- Altération des fonctions sexuelles.
- Enfin troubles psychologiques possibles. (**Rademacher, 2004, p.17**).

5.1.7. *Traitements de l'insuffisance rénale chronique (IRC) :*

Quatre types de traitement permettent d'assurer la suppléance de la fonction rénale.

- La transplantation rénale,
- La dialyse péritonéale,
- Et l'hémodialyse,
- La greffe du rein.

Ces méthodes doivent être considérés comme complémentaires et non concurrentielles car aucune de ces modalités n'est capable d'apporter à elle seule une réponse thérapeutique satisfaisante, définitive.

Le traitement contemporain de l'IRC ne peut plus se concevoir sans une thérapie séquentielle et intégrée combinant l'hémodialyse, la dialyse péritonéale et la transplantation rénale.

La transplantation rénale

La transplantation rénale est le traitement de choix de l'insuffisance rénale chronique terminale, car c'est le traitement substitutif qui procure aux patients la meilleure survie et la meilleure qualité de vie, avec un cout financier réduit.

En Algérie, plus de 350 transplantations rénales ont été réalisées en 2016 sur le territoire national.

La transplantation rénale peut être réalisée chez les patients parvenus au stade terminal d'insuffisance rénale chronique, avant mise en route du traitement par dialyse (transplantation dite préemptive) ou après celle-ci.

Une transplantation chez un patient nécessite un bilan biologique, morphologique approfondi à la recherche de contre-indications absolues ou relatives au geste : évaluation du risque de récidive de la maladie sur le greffon, bilan cardiovasculaire, recherche d'infections virales ou bactériennes latentes, recherche de néoplasies, évaluation du risque immunologique et enfin recherche d'anomalies de l'arbre urinaire chez les patients à risque.

Le prélèvement des greffons rénaux et leur transplantation sont effectués dans des établissements agréés par le ministère de la Santé de la population et de la réforme hospitalière par des équipes chirurgicales et multidisciplinaires spécialisées.

Le prélèvement est effectué à partir d'un donneur vivant apparenté, ou en état de mort encéphalique, quelques greffes à partir de donneurs en mort encéphaliques ont été réalisés en Algérie à Blida et Constantine.

L'implantation du greffon chez le receveur se fait le plus souvent dans la fosse iliaque droite. (Bellik,N, 2021, p.33-34).

La dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale est une méthode de suppléance rénale qui offre une alternative à l'hémodialyse et à la transplantation rénale dans le cadre du traitement de l'insuffisance rénale

chronique au stade terminal. La dialyse péritonéale est moins utilisée que l'hémodialyse en Algérie, environ 2.5 % des patients insuffisants rénaux chroniques sont traités par dialyse péritonéale, contre 11% dans le monde. C'est une technique facilement et rapidement mise en œuvre, qui permet le traitement à domicile et qui est douce et moins agressive pour le système cardiovasculaire, sa durée d'utilisation chez un patient est limitée à quelques années du fait de l'altération progressive des propriétés du péritoine.

Cette méthode utilise la cavité péritonéale comme zone d'échange avec le patient urémique, offrant ainsi une méthode d'épuration intracorporelle.

La dialyse péritonéale nécessite :

Un cathéter de dialyse péritonéale inséré chirurgicalement environ quinze jours avant le début du traitement par dialyse péritonéale, un système de connexion qui permet d'assurer les échanges de façon aseptique et des poches de dialysat stérile

Elle permet d'éliminer les déchets azotes, les toxines urémiques mais aussi de rétablir l'équilibre hydro électrolytique et acidobasique des patients insuffisants rénaux chroniques. (Bellik,N, 2021,p.36-37).

Hémodialyse

L'hémodialyse est une technique de suppléance rénale de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) qui assurait en 2015 la survie de plus de 3 millions de patients dans le monde.

L'hémodialyse est la modalité la plus fréquemment utilisée dans le monde chez près de 90% des patients, les 10% restants étant représentés par la dialyse péritonéale.

En Algérie, En 2016, le nombre de patients en insuffisance rénale terminale (IRT) était de 23957, 91,8 % d'entre eux sont traités par Hémodialyse, 2.5% par dialyse péritonéale et 5,6% par greffe rénale. Elle permet en effet une prise en charge immédiate et efficace de l'urémie.

L'hémodialyse permet de répondre à un besoin sanitaire croissant non couvert par la transplantation et la Dialyse Péritonéale.

Les séances d'hémodialyse sont réalisées 3 fois par semaine, et durent chacune 4 heures.

L'hémodialyse nécessite un abord vasculaire (fistule artério-veineuse, anse prothétique artério-veineuse, ou cathéter d'hémodialyse), une circulation sanguine extracorporelle, un générateur d'hémodialyse et un dialyseur qui permet les échanges de solutés en mettant en contact le sang du patient avec le dialysat. (Bellik,N, 2021,p.42-43).

La greffe du rein

Lorsque les deux reins ont cessé de fonctionner, la greffe de rein peut être proposée comme une alternative à la dialyse dans le traitement de l'insuffisance rénale. Le rein sain, prélevé sur un donneur décédé ou vivant, est implanté plus bas que le rein malade afin de faciliter l'opération. Après l'opération, réalisée sous anesthésie générale, le patient doit rester environ deux semaines à l'hôpital. La prise d'immunosuppresseurs à vie permettra d'éviter le rejet du nouvel organe par le système immunitaire. (**Podesto, et al, 2010, p.413**).

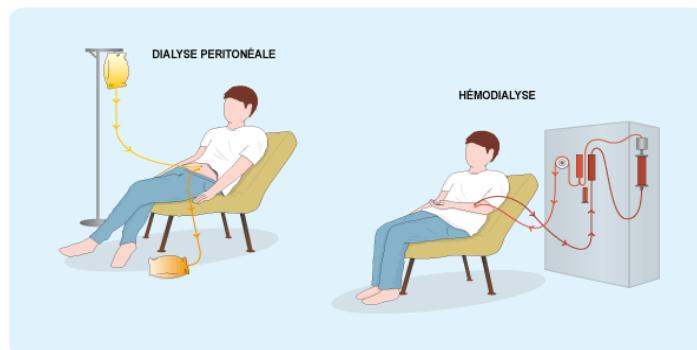


Figure N° 2 : L'hémodialyse et la dialyse péritonéale (centre de néphrologie du Lez).

5.2. L'insuffisance rénale aigue

5.2.1. La définition de l'insuffisance rénale aigue :

L'insuffisance rénale aiguë (IRA) est définie par une diminution brutale et importante de la filtration glomérulaire. Les formules d'estimation du débit de filtration glomérulaire ne peuvent être utilisées en cas d'insuffisance rénale aiguë et la définition comprend donc uniquement la valeur de la créatininémie. (**Mouterde.O, 2020, p.105**).

5.2.2. Les manifestations de l'insuffisance rénale aigue :

L'altération des mécanismes de régulation du rein touche presque tous les systèmes de l'organisme. La personne est dans un état grave, souffrant de léthargie, de nausées persistantes, de vomissements et de diarrhée. Sa peau et ses muqueuses sont déshydratées, et son haleine peut exhale une odeur d'urine. Elle peut aussi présenter des signes d'atteinte du système nerveux central, notamment somnolence, céphalées, contractures musculaires et convulsions. (**Brunner, L et al, 2011, p.1730**).

5.2.3. L'étiologie de l'insuffisance rénale aiguë :

Les causes de l'insuffisance rénale aiguë peuvent être classées en trois grandes catégories : les causes pré-rénales (hypoperfusion des reins), les causes rénales (lésions des tissus rénaux) et les causes post-rénales (obstruction à l'écoulement de l'urine).

Les causes pré-rénales sont associées à une altération de la circulation sanguine qui entraîne une hypo perfusion des reins et une réduction de la filtration glomérulaire. Elles se caractérisent par une hypovolémie (hémorragie ou perte gastro-intestinale), une altération des performances du cœur (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque ou choc cardiogénique) et une vasodilatation (choc septique ou anaphylaxie). Certains médicaments peuvent également prédisposer à l'atteinte pré-rénale, en particulier les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA), ainsi qu'un inhibiteur de la rénine, l'aliskirène (Rasilez). Ces médicaments altèrent les mécanismes d'autorégulation normaux de l'hémodynamie rénale et peuvent causer une hypo perfusion glomérulaire.

Les causes rénales sont la conséquence d'une atteinte du parenchyme au niveau des glomérules ou des tubules rénaux. Des brûlures, une lésion par écrasement, une infection ou une intoxication médicamenteuse peuvent entraîner une nécrose tubulaire aiguë et un arrêt de la fonction rénale. Les brûlures et les lésions par écrasement s'accompagnent d'une libération de myoglobine (une protéine musculaire) et d'hémoglobine ; celles-ci ont des effets toxiques sur les reins et peuvent entraîner une ischémie. L'insuffisance rénale aiguë peut encore survenir à la suite d'une hémolyse due à une réaction transfusionnelle grave : une forte libération d'hémoglobine traverse le glomérule, se concentre dans les tubules et forme des précipités qui obstruent l'écoulement de l'urine. Certains médicaments comme les aminosides, la vancomycine, l'amphotéricine B, le cisplatine, la cyclosporine et le foscarnet sont néphrotoxiques. Les autres causes rénales ou intrinsèques de l'insuffisance rénale aiguë sont notamment la rhabdomolyse, qui entraîne l'accumulation de myoglobine dans le glomérule à la suite d'une lésion d'un muscle squelettique, et la néphrotoxicité associée à certaines plantes médicinales.

Les causes post-rénales résultent habituellement d'une obstruction en aval des reins : la pression augmente dans les tubules rénaux, puis le débit de filtration glomérulaire finit par diminuer. (**Brunner, L et al, 2011, p.1729**).

5.2.4. Les Complications d'une insuffisance rénale aigue

- Les complications métaboliques propres à l'IRA :
 - Acidose métabolique et hyperkaliémie sont rapidement contrôlées par l'hémodialyse ;
 - Hyper volémie et œdème pulmonaire sont souvent la conséquence d'un remplissage Vasculaire excessif et nécessitent parfois le recours à l'ultrafiltration ;
 - Risque de dénutrition par défaut d'anabolisme et souvent hyper catabolisme azoté.
- Les infections nosocomiales fréquentes, nécessitent une prévention scrupuleuse.
- Les hémorragies digestives sont prévenues par les traitements antiacides prophylactiques.
- Les complications cardiovasculaires : phlébite, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral sont favorisés par :
 - L'alimentation ;
 - Les variations tensionnelles ;
 - L'hypoxémie. (**Collège universitaire des enseignants de Néphrologie, 2012, p.191**).

5.2.5. Traitement de l'insuffisance rénale aigue :

- Edème pulmonaire réfractaire au traitement médical,
- Hyperkaliémie supérieure à 6,5 mmol/l, réfractaire au traitement médical,
- Acidose métabolique sévère avec pH inférieur à 7,1
- Azotémie supérieure à 2,5 g/l avec signes de mal-tolérance (**Bellik, N, 2021, p.22**).

Synthèse

D'une manière générale l'insuffisance rénale chronique est une maladie très fréquente, qu'implique une diminution de la fonction rénale, des déséquilibres chimiques et une accumulation de toxines dans le corps. Peut affecter notre mode de vie, cela peut nécessiter un traitement médical, comme la dialyse ou une transplantation rénale. Il est donc impératif de se très bien renseigner sur tout ce qui concerne cette maladie car elle peut entraîner des conséquences si elle est mal contrôlée.

CHAPITRE II

L'angoisse de la mort

Préambule

Angoisse de la mort est un sentiment exagère de la peur de mourir, inquiétude et de peur lie à la mort. Ou une anxiété provoquée par l'exposition liée à la mort. Elle se manifeste par des signes cliniques, et elle conduit souvent à un comportement d'évitement. Il s'agit d'une peur irraisonnée de la mort en générale.

Dans ce chapitre, nous avons présentons dans sa première partie, définition de l'angoisse, son l'étymologie, ses théories, la sémiologie d'angoisse, l'étiologie de l'angoisse, ses types, sa nature, ses formes cliniques de l'angoisse, la classification de l'angoisse selon les structures, le traitement de l'angoisse. Et dans sa deuxième partie en va aborder définitions de la mort, définition de l'angoisse de mort, ses symptômes, ses types, ses causes, les variables associées à l'angoisse de mort, les mécanismes internes impliqués dans les angoisses de mort, les théories psychanalytiques de l'angoisse de la mort.

1.L'angoisse

1.1. La définition de l'angoisse :

Selon Freud :

L'angoisse provient de l'instinct de mort, Confronté à l'angoisse produite par la pulsion de mort, le moi vais en détourner une partie dans la projection et une partie dans l'agressivité. L'angoisse est un signal qui se produit à la limite de moi, comme elle est la réaction signal à la perte d'un objet (**Klein. M, 2008, p.2**).

Ainsi qu'en accord avec S. Freud, nous pouvons dire qu'elle est de l'ordre de vécu et sans objets l'angoisse est assimilée à de l'énergie libre : une excitation pulsionnelle qui va tout mettre en œuvre pour se libérer, se décharger. L'idée de déchargement en évidence un mouvement sensorimoteur qui est perçu par le sujet dans son action, et dans sa sensation corporelle : elle entre dans le registre plaisir/ déplaisir (**Le Goff. I, 2009, p.58**).

Selon le grand Dictionnaire de la psychologie :

L'angoisse donc, est un ensemble de sentiment et de phénomènes affectifs, caractérisé par une sensation interne d'oppression et de resserrement, et par la craint réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance, devant lesquelles l'être humain se sent démuni et totalement dans le corps comme un réflexe archaïque. (**Grand Dictionnaire de la psychologie, 1999, p.57**).

Selon le vocabulaire de la psychanalyse :

L'angoisse signifie que le sujet est en attend de quelque chose, un danger connu ou inconnu, et ressemble son énergie pour se défendre et souffre de diverses manifestations somatiques, comme elle signifie aussi l'angine de poitrine précédant l'infarctus, peur dans le corps. (**La Planche. J, Pantalis. J ,1967, p.2**).

Selon Lacan :

L'angoisse est en signal, ne structure et s'il y a de l'affect c'est de l'affectation qu'il s'agit : l'affectation, l'assignation de l'être humain parlant propulsé dans l'humanité traumatisante, orcéé jusqu'à l'entrée dans le langage et la reconnaissance devant le miroir. Il agit donc d'une affectation à l'objet petit à cause du désir, identifiant le sujet dans le fantasme (**Collinet. Ph, 2011, p.6**).

Bowlby cité par Golse (2015) donne une définition selon laquelle l'angoisse serait une réaction primaire, irréductible à d'autres termes et due simplement, par le fait de la séparation, à la rupture des liens d'attachement entre l'enfant et sa mère. L'absence du lien mère-fils peut générer une sensation étrange venant de l'intérieur de l'enfant. Dans cette situation, « l'angoisse est éprouvée face à un danger interne » (**Nfizi koya, 2022, p.319**).

Selon Palacio Espasa: L'angoisse est un affect de caractéristiques négatives où l'individu éprouve un vécu de danger dont l'origine n'est pas consciente (**Kernier.N, 2019, p.79**).

1.2.L'étymologie de terme angoisse :

Ce terme provient du latin angere (serrer). Il est employé en médecine, dans le cas de l'angine érythémateuse ou pultacée où la douleur est présente à la déglutition, ou dans l'angine de poitrine où les douleurs de type constrictif évoquent des symptômes coronariens. Ce symptôme de serrement est également évoqué dans la fameuse « boule d'angoisse dans le fond de la gorge du sujet anxieux ou paniqué (**Delbrouck,M, 2019, p.298**).

1.3.Les théories explicatives de l'angoisse :

Freud élabore deux théories de l'angoisse, dans lesquelles l'absence de décharge ainsi que l'absence de satisfaction de pulsion jouent un rôle fondamental.

- **Dans sa première théorie** (Freud, 1895), la première pulsion sexuelle non déchargée se transforme en angoisse par un mécanisme biologique. Dès lors, l'excitation sexuelle somatique ne peut pas s'élaborer à l'aide de représentations. Les représentations sexuelles sont alors soit refoulées et leur excitation sont dérivées vers le somatique, donnant lieu à des symptômes (conversion hystérique), soit déplacées vers des représentations substitutives (hystérie d'angoisse ou névrose phobique).
- En somme, l'angoisse est directement liée à la pulsion : la libido se change en angoisse dès le moment où la pulsion ne peut atteindre une satisfaction (Freud, 1905). Ce qu'il illustre en ces termes dans une note ajoutée en 1920 : « L'angoisse névrotique est un produit de la libido, comme le vinaigre est un produit du vin ». Ce qui peut être résumé par la formule « Le refoulement crée l'angoisse ». Selon ce point de vue purement économique, ce mécanisme est comparable au simple blocage d'une fonction d'organe (micturition, défécation, etc.) déclenchant une tension douloureuse.
- **Dans la deuxième théorie** (Freud, 1926), plus complexe, l'angoisse apparaît comme une véritable formation du moi : seul le moi éprouve une angoisse, dont la source peut venir du monde extérieur, du ça ou du surmoi. L'angoisse émerge comme signal de danger mobilisant toutes les énergies disponibles pour lutter contre les motions pulsionnelles issues du ça, celles-ci demeurant isolées de la mobilisation du moi (alors que dans la première théorie, il n'y avait pas de notion de danger). Le moi est donc le siège de l'angoisse, en réaction à un danger interne, contrairement à la première théorie de l'angoisse selon laquelle l'énergie des motions refoulées est automatiquement transformée en angoisse. L'angoisse n'est donc plus une transformation automatique, liée au refoulement. Ce n'est plus le refoulement qui crée l'angoisse, mais le refoulement et les symptômes névrotiques sont considérés comme des produits de l'angoisse. L'angoisse névrotique résulte d'un état de tension dont il est impossible de se libérer par la décharge (Kernier.N, 2019, pp.80-81).

1.4. La sémiologie d'angoisse :

Les symptômes d'une crise d'angoisse sont :

Facilité d'effarouchement ;

La bouche sèche ;

Étourdissements ;

Douleur thoracique ;

Fatigue ;

La peur ;
Irritabilité ;
Engourdissement musculaire ;
Douleurs musculaires ;
Perte de concentration ;
Accélération du rythme cardiaque ;
L'agitation ;
Essoufflement ;
Inquiétude et angoisse (**Gwenaëlle, 2022, p.28**).

1.5.L'étiologie de l'angoisse :

Les facteurs de vulnérabilité ont été analysés par zones de développement :

- Les aspects cognitifs, comme un faible contrôle sur les évènements et situations ;
- Les aspects affectifs, comme une difficulté dans la régulation et le contrôle de l'expression émotive ;
- Les aspects sociaux et comportementaux, comme un attachement incertain, un évitement social et un retrait ;
- Les aspects biologiques, comme une hérédité, une inhibition du comportement, un dysfonctionnement des sous-systèmes neurologiques.

Pour chacun de ces facteurs, la question de leur contribution au développement et au maintien de l'angoisse entre l'enfance et l'âge adulte. De nombreuses études ont mis l'accent sur la présence d'un tempérament avec comportement inhibé à cause du développement de la peur et du retrait face à des situations nouvelles et non familières.

Le tempérament avec comportement inhibé n'est pas un facteur suffisant, mais prédisposant au développement d'un état d'angoisse; il est également un facteur de risque pour le développement de l'anxiété multiple et des troubles phobiques. (**Ferrari, 2012, p.427**).

1.6.Les types d'angoisse :

L'angoisse réelle :

Cette angoisse est déclenchée par la perception d'un danger extérieur, et elle est associée à un reflex d'autoconservation. Freud considère cette angoisse comme une réaction qui contient de l'angoisse, qui est une peur sans objet, une abstraction. La peur est plus concrète, se

manifeste devant un objet identifié et l'effroi ou la terreur devant un danger subi, soudain, sans avoir été préparé ou averti. (**Freud. S, 1916, p.46**).

L'angoisse névrotique : Pour Freud, chez les névrotiques, il ne s'agit pas d'une libido momentanément inemployée, mais d'une libido détaché d'une reproduction refoulée. Freud répond la théorie d'Otto Rank, dans laquelle il persiste que l'angoisse névrotique, Freud (1905) établit une relation entre la sexualité et les symptômes. L'angoisse névrotique correspondrait à une dérivation de l'excitation sexuelle utilisée de manière anormale. Elle constituerait la réaction du sujet face à des excitations internes incontrôlables, se manifestant par une expression somatique dénuée, de sens organise autour d'un noyau qui constitue la répétition d'un certain événement important, et significatif qui appartient au passé du sujet, cet événement ne peut être que la naissance. (**Azotte. E, 2007, p.50**).

Angoisse automatique : L'angoisse automatique s'oppose pour Freud au signal d'angoisse. (Freud. S, 1926, P 16). C'est la réaction de l'individu à chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique d'origine externe ou interne, il est incapable de maîtriser. (**La Planche. J, Pantalis. J. B, 1967, p.8-9**).

Angoisse de morcèlement : Désignent une modalité d'angoisse très précoce dans le fonctionnement psychique. L'angoisse de morcèlement concerne l'identité et le maintien d'un moi différencié de nos moi, et unifie ce type d'angoisse, se retrouve en suite chez les sujets qui présentent des troubles psychotiques. (**Paul-Laurent. A, 2006, p.34-38**).

Angoisse de séparation : L'angoisse de séparation correspond au sentiment douloureux de crainte, éprouvée par un sujet lorsque la relation affective établie avec une personne importante de son entourage, se trouve menacé d'interruption ou interrompue, il peut s'agir d'une interruption par suite de la perte de lien affectifs, ou d'une rupture consécutive à une perte réelle de la personne importante. (**Quindoz. J. M, 2002, p.16**).

Pour M. Klein, l'angoisse de séparation est liée à la position dépressive, période pendant laquelle le nourrisson doit établir en son Moi un objet interne suffisamment bon et stable. Au cours de celle-ci, demeure le fantasme sadique selon lequel le bon objet peut continuer à être agressé par la haine du mauvais objet. La crainte de voir disparaître l'objet entier persiste. Ce fantasme, et les pulsions qui l'accompagnent, jouent un rôle essentiel dans la genèse de l'angoisse infantile. Cette dernière résulterait du danger provenant du travail interne de la pulsion de mort. Selon le point de vue kleinien, l'angoisse et la culpabilité seraient liées et

présentes dès la naissance, la culpabilité dérivant de l'expression des pulsions agressives à l'égard de l'objet maternel. La capacité à surmonter l'angoisse de séparation dépend donc de l'intériorisation. (**Patoiseau. F, 2008, p.62**).

Angoisse de castration : Elle marque l'accès au désir génital, à la loi, à la relation triangulaire des personnes totales et sexuées. (**Bergeret. J, 2008, p.183-184**).

Dans la théorie freudienne, l'angoisse de castration possède une relation étroite avec le complexe oedipien et plus spécialement avec sa fonction interditrice et normative. Ce complexe universel et imposé à tous les êtres humains renvoie à un ensemble organisé de désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents, par rapport auxquels il se situe dans une relation de type triangulaire. (**Patoiseau. F, 2008, p.69**).

1.7.La nature de l'angoisse :

L'angoisse est caractérisée comme affect, symptôme, structure.

Comme un affect : sentiment à ranger dans la série de la tristesse de la honte, de l'ennui, de la morosité, de la passion.

Comme un symptôme : le symptôme Vien masquer l'angoisse sans être l'angoisse il en est l'épiphénomène.

Comme une structure : Pour Lacan l'angoisse est une structure qu'il articule à l'objet à cette abstraction que l'on pourrait dire sans objet, qui pourrait prendre toutes les valeurs au sens algébrique du terme, qui identifier le sujet pris dans son fantasme. (**Collinet. Ph, 2011, p.2**).

1.8.Les formes cliniques de l'angoisse

Freud ramène l'angoisse à la peur et distingue trois formes d'angoisse :

1. une angoisse devant un objet réel situé dans le monde extérieur.
2. une angoisse devant la pulsion, liée au danger que représente le Ça (les pulsions) pour le Moi.
3. une angoisse de conscience provenant du danger que représentent les prescriptions et les menaces du Surmoi, en conflit avec le Ça. (**Delbrouck,M, 2019, p.298**).

Les manifestations cliniques de l'angoisse sont variables, on trouve les manifestations somatiques, psychiques :

Manifestations somatiques de l'angoisse	Manifestations psychiques de l'angoisse
<ul style="list-style-type: none"> - Manifestations somatiques de l'angoisse - Oppression thoracique - Sensation d'étouffement - Nœud gastrique - Boule dans la gorge - Palpitations -Sueurs 	<ul style="list-style-type: none"> -Hypertension psychique -Ruminations anxiées -Irritabilité -Inquiétudes -Difficultés de concentration

(Langenfeld et al, 2024, p.10).

1.9. La classification de l'angoisse selon les structures :

Dans les différentes structures

Parmi les fonctionnements névrotiques, Dans les structures obsessionnelles le refoulement s'associe essentiellement à l'isolation, au déplacement, à l'annulation et aux formations réactionnelles, éventuellement la rationalisation, tandis que dans les structures hystériques d'angoisse le refoulement s'associe à la projection, au déplacement et à l'évitement, et dans les structures hystériques de conversion le refoulement peut être seul, sans exclure le recours à des défenses plus archaïques.

Dans les fonctionnements psychotiques, Les principales défenses sont le déni de la réalité et le dédoublement du moi, l'identification projective, la projection, sans exclure des défenses de mode névrotique, notamment obsessionnel.

Dans les fonctionnements limites, Les principales défenses sont le clivage des objets, l'idéalisation, sans exclure d'autres défenses (Kernier.N, 2019, pp.90-91).

1.10. Le traitement de l'angoisse.

Le traitement de l'angoisse Il existe maintenant des interventions psychologiques et pharmacologiques efficace pour les troubles anxieux. Des progrès immenses ont été réalisés dans la compréhension et le traitement des troubles anxieux au cours des vingt dernières années.

Les psychothérapies psychanalytiques :

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

Dans la psychanalyse, il s'agit donc revenir aux traumatismes passés, de retrouver les souvenirs des scènes oubliées afin de permettre l'expression et l'abréaction des affects qui leur sont liés ; la démarche s'appuie sur la libre association, l'exploration des rêves, l'analyse des souvenirs écrans. Pour les thérapies existentielles, le travail s'opérer sur le ressenti actuel et sur l'expression dans la situation thérapeutique d'une gestalt inachevée ; il faut lever les inhibitions qui empêchent le patient de trouver une nouvelle réponse aux situations qu'il répète ; à partir de là, il peut libérer les émotions contenues par l'inhibition (**Delourme, 2004, p.166**).

Traitement médical :

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

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

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

2.L'angoisse de la mort

2.1.La définition de la mort :

Pour Lacan, la mort est bien plus qu'une blessure narcissique. La mort n'est-elle pas l'innommable par excellence, "le point où tout sens se renverse en non-sens" Ici, l'ordre symbolique est irrémédiablement défaillant (**Psychoanalyse, 2000, p.145**).

2.2.La définition de l'angoisse de mort :

Selon Freud écrit que la situation à laquelle le moi réagit est le fait d'être délaissé par le moi porteur les puissances du destin par quoi prend fin l'assurance contre tous les dangers. (**Psychoanalyse, 2000, p.142**).

Points de vue psychanalytiques

Selon Freud : L'angoisse de mort comme analogon de l'angoisse de castration. Pour lui, l'inconscient étant convaincu de son immortalité, la peur de mourir correspond essentiellement à la punition du délit oedipien. Il ne proviendrait que du sentiment de culpabilité généré par ce dernier. « C'est pourquoi je m'en tiens fermement à la supposition que l'angoisse de mort doit être conçue comme analogon de l'angoisse de castration, et que la situation à laquelle le moi réagit est le fait d'être délaissé par le sur-moi protecteur - les puissances du destin, par quoi prend fin l'assurance contre tous les dangers. » (**Freud. S, 1926, p.44**).

L'angoisse de la mort est par conséquent « sortie de soi », véritable expérience mystique : les émotions qu'elle suscite sont violentes et douloureuses mais sont également les seules expériences « fortes » de la vie. Dans cet excès de négativité généré par l'angoisse, Cioran fait l'expérience la plus intense de la vie. (**Chatelet, L, 2017, p.97**).

Selon Milani Klein : pour elle l'angoisse de la mort c'est la conséquence d'une menace de pulsion de mort qui se trouve dans l'inconscience depuis la naissance et aussi c'est un combat levé entre la vie et la pulsion de mort (**Kahina et Hassina, 2014, p.20**).

L'angoisse de mort sont déclenchées dans l'inconscient par la pulsion de mort ou encore le désir de mourir. Elles peuvent envahir un sujet tout en étant silencieuses. Ces deux caractéristiques montrent combien il est important de les différencier de la peur de mourir.

Dans la névrose traumatique l'angoisse, c'est l'angoisse de mort, le trauma est perçu comme un danger pour la vie.

Freud dialectise les observateurs des névroses traumatiques de la dernière guerre ont annoncé que la preuve était faite que la mise en danger de la pulsion d'autoconservation pouvait engendrer une névrose sans la moindre participation de la sexualité. C'est oublier que le narcissisme met l'accent sur la nature libidinale de la pulsion d'autoconservation et range dans la même catégorie les investissements d'objets et les investissements libidinaux. Freud maintient fermement la supposition que l'angoisse de mort doit être conçue comme analogue à l'angoisse de castration un analogon. Il conclut en modifiant sa conception de signal affect du danger en une réaction à une perte, une séparation: la première étant la naissance : objectivement séparation avec la mère (**Collinet. Ph, 2008, p.8**).

2.3.Les symptômes d'angoisse de mort :

L'angoisse de mort comme l'angoisse de mort imminente ou encore l'angoisse de mort existentielle génèrent des symptômes identiques. Seules les fréquences de ces symptômes peuvent faire la différence.

Ces symptômes sont les suivants :

Pensées obsessionnelles

Ruminations

Phobie (maladie, nourriture, bactéries, contamination, hypocondrie spécifique ou Générale)

Comportement hypocondriaque

Pour être bref, tous les symptômes associés à l'angoisse de mort sont des symptômes qui ont un lien fort avec un risque perçu. Qu'il s'agisse de maladie, ou d'accident. Non seulement à propos de soi mais aussi à propos des autres. Et, plus particulièrement de ceux que l'on aime. Ce qui peut vous rapprocher de l'angoisse de mort existentielle. Vous en rapprocher au sens de la peur de la perte de l'être aimé. Qu'il s'agisse, fondamentalement, de la mère et de l'amour de la mère. (**Arminot, F, 2023, p.5**).

2.4.Les types de l'angoisse de la mort :

Angoisse de mort imminente : dans ce monde très agité et très accidentogène dans lequel nous essayons de vivre, vous pouvez avoir peur qu'il vous arrive quelque chose, et quelque chose de mortel en l'occurrence. Il est donc très difficile de se sentir en sécurité. Par

exemple, de récents et dramatiques événements nous ont montré que n'importe qui peut être victime d'une balle perdue. Ou être victime collatérale d'un événement avec lequel vous n'avez rien à voir. Ou encore, être victime d'un accident de la route. Ou d'être écrasé(e) par une voiture. Je sais, ce n'est pas très encourageant, mais c'est une réalité. La peur de la mort peut donc se concevoir comme étant une angoisse normale puisque vous pouvez craindre de perdre la vie tout d'un coup. De perdre le plaisir que vous avez à vivre. Comme de perdre ceux que vous aimez. Par exemple, la peur de la mort de vos parents. La difficulté réside dans le fait d'avoir ou non confiance en soi comme en la vie. En effet, comme vous n'êtes pas maître de ce que vous ne savez pas, il se peut que cette peur de mourir vous obsède. Et ceci, au point que vous ne puissiez plus vous consacrer à votre quotidien. Donc, vivre, tout simplement. Les ruminations comme les pensées obsessionnelles sont deux des multiples symptômes de l'angoisse de mort imminente. Ces symptômes sont à l'identique de la peur de la mort au sens de l'angoisse de mort existentielle.

La peur de mourir de façon soudaine : La peur de mourir de façon soudaine tient, le plus souvent, à quelque chose qui a été perçu et vécu de façon traumatique. L'accident ou le décès d'un proche. L'annonce de la mort d'une personne que l'on connaissait, laquelle annonce vous affecte au point de vous angoisser pour vous-même. De façon inconsciente pour prendre acte de la fragilité de la vie. Sur la foi du décès soudain d'autres personnes, vous vous rendez compte qu'il peut vous arriver la même chose. Et là, commence l'enfer. Le moindre symptôme physique d'angoisse vous affole. Vous craignez de mourir d'une crise cardiaque. Alors, vous n'avez de cesse de contrôler les battements de votre cœur. Voire, vous commencez à rentrer dans un comportement hypocondriaque. Le moindre signe d'une maladie quelconque revêt un caractère immédiatement dramatique et mortel. La peur de mourir de façon soudaine vous obsède. Parfois au point que dans certaines situations de détresse, vous faites des crises de panique. Vous vous sentez oppressée? Vous êtes convaincu(e) que vous allez mourir sur le champ. Vous avez des vertiges ou la sensation de tanguer? Vous allez vous évanouir et mourir. La peur de mourir de façon soudaine est tellement préoccupante qu'elle prend le pas sur toutes vos activités au quotidien. Plus rien n'est léger. Tout est susceptible de représenter un danger de mort imminente. Tout vous fait peur. Vous n'êtes plus disponible pour vous-même. Pour vos proches. Pour vos enfants. Et plus vous essayez de vous rassurer, pire c'est. Comme lorsque vous redoutez de vous endormir par peur de mourir dans votre sommeil. (**Arminot, F,2023, p.2.**)

La peur de mourir dans son sommeil : Dans la même veine que la peur de mourir de façon soudaine, les personnes qui ont peur de mourir pendant leur sommeil sont des gens qui ont peur de lâcher le contrôle. Peur de se laisser aller. En effet, quand on dort, on ne contrôle plus rien. Et, effectivement, une fois endormi(e), rien ne nous dit que nous allons nous réveiller (je sais, c'est angoissant). Il suffit parfois d'une crise de panique nocturne, d'une sensation d'étouffer dans un réveil brutal et douloureux pour qu'une personne prenne peur à l'idée de se rendormir. Et, ce faisant, cette même personne va, dès le lendemain, après une nuit atroce dont elle se réveille fatiguée et angoissée, elle redoute la nuit suivante. Si je m'endors, que va t'il m'arriver? Vais-je mourir en dormant? Et si je meurs, que va t'il advenir de ma compagne? De mon compagnon? Que vont devenir mes enfants? Et de penser à tous les projets de vie qui ne vont pas aboutir. A tous ces risques incontrôlés, et incontrôlables, qui dénaturent le sens de leur vie. Alors, les personnes qui ont peur de mourir pendant leur sommeil se mettent à anticiper. Comme dans le cas de la peur de mourir de façon imminente, elles obsèdent sur le moindre problème de santé qui peut les mener de vie à trépas. La suite, ou plutôt la conséquence, de cette peur de mourir en dormant est souvent la même. Les personnes concernées ont peur d'aller se coucher. Peur d'aller dormir. Tout en sachant qu'elles ont bien besoin de se reposer. Quand elles arrivent à s'endormir, elles se réveillent – souvent – brutalement. Si brutalement d'ailleurs que cela alimente leur peur de mourir en dormant. Elles n'arrivent pas à lâcher prise, ce qui les ramène au problème initial. Elles n'arrivent plus à dormir ce qui alimente leur peur d'être victime d'une maladie psychique et/ou physique à cause de cette peur de mourir dans la nuit, ou de mourir pendant leur sommeil. La boucle est bouclée. Elles ont ce sentiment terrible que ni leur vie ni leur mort ne leur appartient. Elles ne contrôlent plus rien. Comme dans le cas d'une angoisse de mort existentielle. Mais, comme vous le lirez par la suite, il existe des solutions simples et rapides à ce type d'angoisse de mort imminente, ou de peur de mourir en dormant. (Arminot, F, 2023, p.3).

Existentielle Mourir : c'est ne plus s'appartenir. C'est être physiquement et psychiquement désincarné. C'est n'être plus rien ni personne. Ou seulement dans le souvenir des autres. Une personne qui cherche à contrôler sa vie, tous les domaines de sa vie, peut aussi vouloir contrôler sa mort. Ne plus exister en tant que personne, en tant qu'identité, peut poser un problème terrible à la personne concernée. Mourir peut signifier ne plus avoir de sens dans la mesure où – jusqu'à plus ample informé – plus rien n'existe. D'aucuns, du fait de la religion à laquelle ils croient ou qu'ils pratiquent, peuvent ne pas rencontrer cette difficulté. De fait, mourir à un sens. A contrario, la personne qui a d'elle une haute estime agit sur sa propre image.

Cette personne est actrice de sa vie. En contrôlant celle-ci, elle donne un sens à son identité. Elle existe par elle-même. Grâce à elle-même. Perdre ce pouvoir sur soi, comme sur les autres, a toutes les raisons de générer une angoisse. Une angoisse néanmoins légère, à propos de laquelle l'individu essaie de se rassurer. Jusqu'à ce qu'il y ait effectivement une perte de contrôle. Autant en ce qui concerne la peur de la mort, ou angoisse de mort, il ne s'agit pas fondamentalement de peur de mourir. Mais bien plus de peur... à vivre. Cela concerne donc une peur existentielle. Comme si l'angoisse de mort avait pour fonction de considérablement nous stresser. Ainsi, nous ne pourrions pas être suffisamment disponible pour nous consacrer à notre propre vie.

La perte de contrôle sur soi: L'altération de la confiance en soi comme de l'estime de soi va contraindre la personne à renforcer le contrôle qu'elle a de sa vie. C'est ainsi qu'elle aura de plus en plus de mal à gérer ses angoisses. La perte du sens, donc de l'existence, va plonger la personne dans une angoisse chronique. Elle focalisera son attention sur ce problème de sorte à ne pas être victime de trouble panique. Ou, à tout le moins, de peur panique. Bien évidemment, l'angoisse de mort existentielle revêt un caractère de stress important. En effet, quelqu'un qui veut contrôler sa vie, nonobstant obsède à lui donner un sens à son sens à lui, est, le plus fréquemment, quelqu'un qui souffre d'un manque de confiance en soi renforcé par le contrôle ou les tentatives répétées de contrôle de soi et de sa vie. Cette personne, toute tendue qu'elle est à soigner angoisse de mort, ne peut lâcher prise. Elle ne peut se protéger du risque de ne rien contrôler. Il lui faut donc renouveler ses moyens pour vaincre les angoisses. Agir, ou plutôt réagir de la sorte, ne fera qu'enrichir le processus. Plus la personne aura peur de perdre le contrôle de sa vie, moins elle sera en mesure de gérer ses angoisses. (**Arminot, F,2023, p.4**).

2.5.Les causes d'angoisse de la mort :

- Anticipation des effets indésirables de l'anesthésie
- Anticipation de l'impact de sa mort sur les autres
- Anticipation de la douleur
- Anticipation de la souffrance
- Conscience d'une mort imminente
- Symptômes dépressifs
- Discussion sur les sujets relatifs à la mort
- Pratique religieuse perturbée
- Sentiment de solitude

- Faible estime de soi
- Non-acceptation de sa propre mort
- Détresse spirituelle
- Incertitude quant à la rencontre avec une force supérieure
- Incertitude à propos d'une vie après la mort
- Incertitude quant à l'existence d'une force supérieure
- Incertitude concernant le pronostic
- Symptômes physiques désagréables. (**Pascal.A, et al, 2022, p.96..**)

2.6.Les variables associées à l'angoisse de mort :

Il existe plusieurs variables associées à l'angoisse de mort.

2.6.1.La relation entre l'âge et angoisse de mort :

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

Par contre, les études qui a été faite sur des conseillers psychologiques, des parties de leurs corps à une fonction organique, confirme qu'il n'existe pas une relation entre l'âge et angoisse de la mort chez les conseillers (**احمد محمد عبد الخالق, 1976, ص 84-86**).

2.6.2.La relation entre angoisse de mort et santé physique :

L'angoisse de mort est en augmentation chez les personnes qui souffrent d'une maladie physique. Cornel par son guide médical, il arrive à éprouver que l'angoisse de mort est reliée dans sa grande partie à la santé physique, ou à la complémentarité du corps, les malades hémodialysées pouvant souffrir d'une angoisse de mort très élevée. (**احمد محمد عبد الخالق, 1976, ص 95**).

2.6.3.La relation entre le sexe et l'angoisse de mort :

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

Kopler et Ross confirment que les femmes se sentent moins sécurités que les hommes, et alors leurs préoccupations du la mortalité est plus élevé que les hommes, et ce n'est pas seulement par port à leurs morts, mais également à la mort de leurs maris. (احمد محمد عبد 84-86 ص 1976، الخالق 95).

2.7.Les mécanismes internes impliqués dans les angoisses de mort :

Il est important de différencier les angoisses de mort de la peur de mourir. L'angoisse est une réaction inconsciente à une pulsion. Ainsi les angoisses de castration sont-elles subséquentes aux désirs œdipiens. L'angoisse de mort est de façon analogue subséquente à la pulsion de mort. En chacun réside le désir de mourir, plus précisément de cesser d'exister. Exister suppose de la pugnacité, une volonté d'emprise sur le monde, la ferme intention d'être acteur de soi, autant de positions psychiques qui engagent la pulsion de vie, à laquelle, comme l'établissait Freud s'oppose la pulsion de mort. Thanatos siège en nous, il est responsable du désir de se laisser aller, de l'attraction du lâcher prise et du néant. Cette attraction de l'inexistence et du néant originel exerce en chacun une pression effrayante dont les manifestations sont nombreuses. Le nihilisme radical des idéologies fanatiques en constitue une des expressions culturelles et sociales. Cette pulsion de mort est bien davantage un appel du néant que le désir de détruire auquel elle s'associe au stade sadique-anal, comme le montre Karl Abraham. L'appel du néant, la tentation de l'involution, suscite une peur inconsciente, autrement dit une angoisse. L'angoisse de mort est provoquée par l'attraction qu'exerce en nous le désir du non-être. C'est pourquoi il est possible de rapprocher les angoisses de mort des angoisses de néantisation ou encore psychotiques. Le contenu de ces angoisses de néantisation reste inconscient, et les transpositions conscientes qui peuvent lui être associées sont nombreuses. Quelquefois, l'angoisse se manifeste directement de façon consciente. S'installe alors l'état anxieux. Mais il arrive aussi que les manifestations conscientes de l'angoisse soient étrangères à toute anxiété. L'état anxieux quel qu'en soit le degré constitue un signe manifeste mais pas exclusif de l'angoisse inconsciente. Il arrive que l'angoisse se fixe sur des inhibitions, voire à l'inverse sur des actions compulsives. L'angoisse n'est pas toujours apparente et manifeste aux yeux du sujet qui y est confronté. Les angoisses de mort sont déclenchées dans l'inconscient par la pulsion de mort ou encore le désir de mourir. Elles peuvent envahir un sujet tout en étant silencieuses. Ces deux caractéristiques montrent combien il est important de les différencier de la peur de mourir. La peur de mourir est une réaction consciente à une menace de mort, c'est une émotion dont l'origine est exogène. Il n'est pas nécessaire d'être confronté à

une menace de mort pour faire face à des angoisses de mort dont la source est endogène. La peur de la mort est une réaction consciente, l'angoisse de mort est un processus inconscient auquel expose la pulsion de mort. Le patient confronté à une maladie grave et douloureuse est sous l'influence de la peur de la mort aussi bien que des angoisses de mort. Les angoisses de mort sont réactives à son désir d'abandonner les efforts consentis pour exister. Quand ces efforts sont importants et douloureux, quand les effets secondaires du traitement sont épuisants, le patient souhaite lâcher prise, et c'est ce désir plus ou moins conscient qui éveille en lui les angoisses de mort (**Lebret. T. et al, 2008, p.426-427**).

2.8.Les théories psychanalytiques de l'angoisse de la mort

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

Il dit: "je pense que l'angoisse de la mort se déroule entre le moi et le surmoi", là où il pense qu'il faut le soulager à la métapsychologie de la mélancolie. " le moi se sacrifié par ce qu'il se sent haï et persécuté au bien d'être aimé par le surmoi", et devant un danger réel auquel le moi, ne peut pas parer ses propres moyens, le moi se voit alors abandonnée par les puissances protectrices et se laisse mourir (**Claude le Guen et al, 1996, p.6-10**).

Synthèse

L'angoisse de la mort dans le contexte de l'insuffisance rénale chronique constitue une réalité complexe, influencée par la dualité entre la détérioration physique des reins et les conséquences émotionnelles. Les patients font face à une tension constante entre la gestion de leur santé physique et la navigation des tumultes psychologiques. La compréhension de cette dynamique offre des opportunités cruciales pour développer des approches de prise en charge intégrées, mettant en lumière l'importance d'une approche holistique qui englobe à la fois les aspects médicaux et les dimensions psychologiques de la maladie rénale chronique.

La partie pratique

CHAPITRE III

Méthodologie de la recherche

Préambule

Après la présentation de la première partie qui constitue le coté théorique de notre recherche, la deuxième partie pratique vient compléter notre étude dans le but de vérifier nos hypothèses émises au départ. Cette partie comprend les éléments suivants : la présentation de la pré-enquête, le lieu de la recherche les limites de la recherche, la méthode de recherche, ainsi que les outils d'investigations utilisés et enfin la présentation et l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses émises au début de la recherche.

1.La pré-enquête

On note que la meilleure façon d'entamer un travail de recherche scientifique est de procéder à une pré-enquête, afin de préparer l'enquête proprement dite. Elle se révèle très utile pour enrichir notre problématique, affirmer nos hypothèses, et construire notre guide d'entretien.

La pré-enquête est en effet l'une des étapes les plus importantes dans la recherche scientifique notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, car elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche ainsi que sur la population visée.

Chauchat définit la pré-enquête comme étant : « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle consiste à définir des liens entre la construction théorique, et les faits observables, son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation. Cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peu directifs » (**Chauchat, 1999, p.63**).

Il est donc indispensable, dans notre démarche de travail de s'assurer de la fiabilité de notre recherche, la construction des hypothèses et du guide d'entretien, les conditions de l'étude mais aussi la possibilité d'obtenir le consentement des patient atteint d'une insuffisance rénale chronique nécessaire pour la construction de notre population d'étude avant d'entamer cette dernière relative au problème posé dans notre thème.

Pour ce faire nous avons effectué notre pré-enquête à « l'EURL Centre d'Hémodialyse Achifa » de Bejaia sous forme d'une exploration préalable basée sur la collecte d'informations concernant le lieu et la prise en charge des patients atteintes d'une insuffisance rénale chronique.

A notre première visite de lieu, nous avons pris contact avec le personnel médical qui nous ont expliquer le déroulement des soins accorder au patient et orienter vers un procéder qui convient à notre travail de recherche sans pour autant affecter leur rythme de travail habituelle,

le médecin néphrologue nous accorde alors son bureau et orienté vers nous des patients atteintes d'une insuffisance rénale chronique afin d'éviter de déranger certains hémodialysés car ils dorment durant les séances d'hémodialyse.

Lors des premières rencontres avec les patients, nous avons commencé par l'explication de notre l'objectif de notre étude pour pouvoir obtenir leur consentement pour participer. Ensuite nous avons commencé l'application de nos outils d'investigations tels que l'entretien semi directif finir avec l'application de l'échelle de l'angoisse de mort de Donald Templer.

La pré-enquête nous a aidé à rédiger la problématique et hypothèse, le choix de la méthode, le choix et rédaction des techniques de recherche (l'entretien et l'échelle de l'angoisse de la mort) et aussi dans le choix de la population d'étude.

2.Le lieu de recherche Centre d'hémodialyse Achifa :

Le choix du terrain d'étude a été porté sur L'EURL centre d'hémodialyse Achifa de Bejaïa, en raison de la disponibilité d'une salle d'hémodialyse où sont accueillis des malades atteints d'insuffisance rénale chronique.

Ce centre situé à la cité zirara de Bejaia, construit en 2013 par Dr Boudrahem, il se compose d'un bureau de néphrologue, une cuisine, salle d'attente, et la salle d'hémodialyse qui contient 12 lits.

Le corps technique de centre est constitué d'une équipe représentée par des infirmiers et des néphrologues. Ce centre reçoit plus de 60 patients de différentes régions de Bejaïa pour une capacité de 12 lits.

3.Les limites de recherche

Notre recherche s'est déroulée au sein de l'EURL centre d'Hémodialyse « Achifa » Bejaïa à une fréquence de deux fois par semaine à partir le 23 février jusqu'au 8 Avril 2025.

Notre groupe de recherche présentent l'insuffisance rénale chronique. On a utilisé comme outil l'entretien clinique semi-directif et L'échelle de l'angoisse de mort de Donald Templer.

4.La méthode descriptive

Différentes formes de pratiques sont appliquées par le chercheur, lors du travail de terrain ; des enquêtes de population restreinte, des études de cas ou encore sous forme d'un problème particulier. En effet un bon travail de recherche nécessite un choix soigneux et rigoureux de la Méthode de travail, le chercheur doit donc s'assurer de la faisabilité de son

thème, en reconnaissant les points d'appuis et les obstacles du terrain choisi. Alors cela va lui permettre une meilleure manipulation des données collectées et enregistrées, donc une bonne organisation lui est nécessaire au bon déroulement du travail.

Dans notre travail de recherche sur l'insuffisance rénale chronique et angoisse de la mort, on a opté pour le choix de la méthode descriptive qui consiste en une observation approfondie d'un cas, elle nous permet de regrouper un grand nombre de donnée sur les concepts essentiels, ainsi que des méthodes différente (questionnaire, échelles de l'angoisse de la mort) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale.

En effet nous avons choisi l'étude de cas qui fait partie des méthodes descriptives, D'Allonnes : l'étude de cas sert à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique (**Pedenielli , 2006, p. 59-63**).

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 l'angoisse de la mort chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique, de décrire la situation particulière de cette catégorie des malades, le but étant d'atteindre nos objectifs et vérifier nos hypothèses.

5.La population d'étude et les caractéristiques de choix

Les caractéristiques du groupe de recherche

Comme le thème de la recherche l'indique, le travail se portera sur des patients atteints d'une insuffisance rénale chronique. La rencontre avec les dix cas nous a permis de constater une différence dans leurs réponses.

Pour la population d'étude, nous avons procédé à la sélection de quatre cas attient d'une insuffisance rénale chronique adultes de sexes différents dont l'âge varie de 35 à 54 ans.

Les caractéristiques de choix : (voir le tableau ci-dessus)

Tableau N°1 : Récapitulatif des caractéristiques de choix de la population de la recherche

Cas	Sexe	Age	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Profession	Type de l'insuffisance rénale
Kamila	Féminin	38 ans	Célibataire	3ème année moyenne	Femme au foyer	Chronique
Mahrez	Masculin	35 ans	Célibataire	2ème année moyenne	Fonctionnaire	Chronique
Lyla	Féminin	42 ans	Célibataire	Niveau universitaire	Technicien de laboratoire	Chronique
Zakia	Féminin	54 ans	Mariée	Non scolarisée	Femme au foyer	Chronique

6.Les outils d'investigation

Dans le cadre d'une recherche scientifique, notamment en sciences humaines et sociales, il est nécessaire d'utiliser des outils de mesure efficace qui vont nous permettre d'atteindre nos objectifs et de valider notre étude, sachant que notre travail porte sur l'angoisse de la mort chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique, nous avons opté pour la combinaison de deux sortes d'outils ; l'entretien clinique semi-directif qui déterminera les différents facteurs contribuent à l'apparition de ce syndrome, ainsi que L'échelle de l'angoisse de mort de Donald Templer dans le but de mesurer le degré d'angoisse de la mort.

L'entretien clinique de recherche

Dans ce travail, nous avons utilisé deux techniques qui sont l'entretien semi directif et l'échelle de l'angoisse de mort de Donald Templer.

L'entretien clinique s'inscrit dans une activité d'interventions psychologiques. Au cours de cette activité un dispositif d'enregistrement de l'entretien peut être mis en place, ce qui permet dans un deuxième temps en dehors de la relation d'aide de travailler sur le corpus de l'entretien ; cette technique est utilisée dans la recherche sur les psychothérapies. Ce type de recherche doit être réalisé, pour garantir une certaine objectivité, par un groupe de recherche afin d'éviter que le thérapeute assume seule les deux positions (celle de chercheur et de thérapeute) (Bénony et Chahraoui, 2003, p.141).

Nous avons choisi l'entretien semi-directif défini en tant que guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance. Bien étendu le chercheur

pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème préposé dans l'interrompe, car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit. Autrement dit ce type d'entretien favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant la personne sur des questions précises par lesquelles l'examineur souhaite une réponse (**Chahraoui et Bénony, 2003**).

Dans notre recherche on a utilisé un entretien semi-directif qui compose des questions préparées à l'avance sur l'angoisse de la mort et l'insuffisance rénale chronique. Ses questions sont posées à notre patients de manière ouverte ce qui permet au patient une expression libre sur notre thématique pose.

En psychologie clinique les buts d'entretien sont divers ; reconstituer l'histoire du sujet (anamnèse), sonder ses connaissances (interrogation orale), juger ses aptitudes à un apprentissage (orientation) ou un emploi (sélection), contribuer au diagnostic, à l'indication et au traitement pour des sujets souffrant de troubles psychiques et ou relationnels, aider le sujet à affronter une difficulté ponctuelle dans l'existence...etc. (**Roland et al, 2005, p.261**).

L'objectif de notre entretien semi-directif est de recueillir des informations pour mesurer le niveau d'angoisse de la mort chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique et pour mieux analyser les résultats. Après l'entretien clinique nous allons maintenant expliquer comment nous avons élaborés notre guide d'entretien et de combien d'axes il se compose.

Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, ce guide invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué (**Anne, 2008, p.194**).

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celle-ci ne doivent pas être posées d'une manière directe il s'agit davantage de thème à aborder que le chercheur connaît bien (**Benony et Chahraoui, 1999, p.96**).

Notre guide d'entretien est composé de 4 axes. Chaque axe est composé de questions directes en relation avec notre recherche, pour recueillir le plus grand nombre d'informations possibles concernant l'angoisse de la mort chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique.

Les questions posées sont de type directif et semi directif posées en langue française et en langue kabyle pour assurer la bonne compréhension de celle-ci.

Notre guide d'entretien comprend les axes suivants :

Axe n°1 : renseignements personnels.

Axe n°2 : informations concernant la maladie (IRC)

Axe n°3 : informations liées au traitement de la maladie (IRC).

Axe n°4 : informations sur les signes d'angoisse de la mort.

7.L'échelle de l'angoisse de mort « Donald Templer »:

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

Caractéristiques cryométriques de la balance :

L'élaboration du test a commencé avec le développement de 40 items, sélectionnés sur une justification logique, qui étaient liés à des aspects qui reflètent un large éventail d'expériences liées à l'angoisse de mort, à savoir le processus de la mort, la mort en tant que réalité absolue, les cadavres et l'enterrement. Ensuite, l'échelle a traversé des étapes successives jusqu'à atteindre 15 items, qui sont l'image finale de l'échelle. L'échelle contient (09) éléments à corriger par « oui » et (06) éléments à corriger par « faux ».

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

Stabilité de l'échelle :

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

Tous ces coefficients considérés comme élevé.

Validité de l'échelle :

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

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

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

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

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

Cette Echelle comprend, comme mentionné précédemment, 15 items dont (09) corrigés par oui et (06) corrigés par non. La note est donnée par :

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

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

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

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

Le tableau N°2 : Présente l'échelle de sélection de l'angoisse de mort pour Donald Templer :

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

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

- Estimation de l'existence ou l'absence d'anxiété de mort est estimée laide de la Méthode d'intervalle, qui est la suivante :

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

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

Un score entre (09-15) indique l'existence d'une anxiété de mort Elevée. (**Templer, D, 1970, p.165-177.**)

Synthèse

Ce chapitre nous a permis de comprendre le déroulement de la démarche clinique, et d'apprendre l'utilisation des techniques à suivre telle que l'échelle de l'angoisse de mort de Donald Templer qui mesure le degré d'angoisse de la mort chez notre population d'étude, ainsi le guide d'entretien qui nous a permis de recueillir maximum d'informations afin de vérifier nos hypothèses de recherche.

CHAPITRE III

Présentation et Analyses des résultats et Discussion des hypothèses

Préambule

Après la présentation du chapitre de la méthodologie de la recherche, celui-ci sera destiné à la présentation de nos cas, qui ont bien accepté de participer à notre entretien ainsi que les résultats obtenus lors de la passation de l'angoisse de mort pour Donald Templer

1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien et de l'échelle de Donald Templer

Cas clinique N°1 : Kamila

Information personnelle du patient :

Kamila, âgée 38 ans, la quatrième d'une fratrie de cinq enfants ; deux filles et trois garçons, elle est célibataire, son niveau d'instruction est moyen ; troisième année moyenne, femme au foyer.

Notre entretien avec elle s'est déroulé très sympathiquement, elle était très prête pour nous parler et exprimer sa souffrance et à aussi souligner son besoin de parler à nous à cause de son état de santé.

Informations liées à la maladie :

Au cours de l'entretien Kamila nous a informé qu'elle ne souffrait d'aucune autre maladie sauf l'insuffisance rénale chronique qui a été diagnostiquée à l'âge de 29 ans, d'après notre patiente au début de sa maladie a présenté les symptômes suivants : « fatigue persistante, troubles des règles, une perte d'appétit et un gonflement des jambes depuis plusieurs mois » elle a également noté « une diminution de la quantité d'urines ». Selon cette femme dès qu'elle avait remarqué ces symptômes, elle s'est consulté une gynécologue qui l'avait orienté vers un néphrologue. Notre cas déclare : « taviv ni n tagzlin iydikanache hal n les analyses ad3alegh wahi l'échographie après ufan sa3igh un kyste g tagzliw n la droit en plus tafdu takmach », « j'ai fait plusieurs analyses que le néphrologue m'avait demandé ; analyse d'urine, sanguin et échographie rénale qui expliquent que j'ai un kyste dans le rein droit et je souffre d'une insuffisance rénale chronique ». Kamila est le seul membre de la famille atteinte d'une IRC « neki kan ige lkken lahlak ayi g la famille » « y a que moi qui a cette maladie ».

L'annonce de la maladie IRC n'est pas facile pour Kamila en raison de son jeune âge nous a raconté qu'elle avait réagi avec un choc en disant « non non uvghighara aslegh ikel tahdrmiyid f lahlak ayi, tora adjigh d'accord machi haha grave par ce que uvgighara adligh

tamutinet », « non, non je ne veux pas entendre parler de cette maladie, c'est juste une phase passagère d'accord ? Rien de grave oui, je vais bien je ne vais pas me laisser enfermer dans le rôle d'une malade » donc on constate qu'elle n'avait pas accepté sa maladie et n'ai jamais pence que un jour atteint cette maladie disant « jamais imaginighed un jour que ilhyatiw atequel s la machine ayi », « j'ai jamais imaginé qu'un jours ma vie sera reliée à cette machine ».

Informations liées au traitement :

A travers les questions sur cet axe ce sujet nous a informés que le médecin traitant lui a d'abord prescrit des médicaments pour deux ans avant de commencer la phase de traitement par hémodialyse « au début, j'ai pris des comprimés uniquement pour une période de deux ans ». Actuellement cette femme fait le suivi de ses séances d'hémodialyse à une fréquence de trois fois par semaine comme elle le mentionne, cette patiente a raté déjà des séances de filtration de sang disant « oui, j'ai raté déjà des séances à cause de ma mère car parfois elle tombe malade » « oui ratigh 3alajal yema asma atehlek ».

Kamila avouait qu'elle était très effrayée lors de sa première séance « je vous jure que je n'oublierais jamais ma première séances d'hémodialyse, je crie à haute voix, je connaissais même pas ce que veut dire le mot hémodialyse, heureusement ma mère était avec moi » « wellah jamais ashugh avrid amzwar mais idusigh a dialyse, le moment u3limara même pas dachuth dialyse ayi, qimegh ta3itegh g ayeni ligh haussement thela didi ima ». Nous avons constaté que cette malade avait très peur et cela peut être liée au fait qu'elle n'a pas eu assis d'informations sur sa technique de prise en charge.

Ce sujet rencontre des difficultés et obstacles dans la technique d'hémodialyse comme elle nous raconte « je déteste chaque minute de cette procédure, j'ai tellement peur des aiguilles, je sais très bien que c'est nécessaires mais je ne peux pas m'empêcher de paniquer à l'idée de les voir. Je crains aussi que quelque chose tourne mal pendant l'hémodialyse, je me sens si vulnérable, comme si je perdais le contrôle de mon propre corps ». À partir de cette réponse nous avons remarqué que cette patiente exprime sa peur des aiguilles et son angoisse et panique liés à sa condition de santé et qu'elle présentait des symptômes physique tels que des palpitations, une transpiration excessive et des tremblements.

Concernant son régime alimentaire Kamila ne trouve pas des difficultés à suivre son régime comme elle le dit: « j'ai perdu le plaisir lié à la nourriture, tout ce que je manger me fait mal et trop d'inquiétudes quant à la préparation des repas adaptées à mes besoins médicaux ». « Ayeni ichechigh iteqrihiyi donc qalegh tuq3ayi ikel ilme3ena g makela ». Nous avons

constaté que cette maladie IRC affecte son bien être émotionnelle et des difficultés à s'adapter à un nouveau mode de vie.

A partir des réponses mentionnées par notre cas nous avons alors pu remarquer son inquiétude à l'égard de son traitement que ce soit l'hémodialyse et c'est ce qu'elle a prouvé en disant : « je ressens de l'appréhension avant chaque séance d'hémodialyse et je crains les effets secondaires des médicaments prescrits pour contrôler ma pression artérielle et ma fonction rénale. « Sahusegh s khuf kera uqvel mara adsegh aredayi ».

Informations liées aux signes d'angoisse de la mort :

Après l'annonce de la maladie IRC Kamila se sentait obsédée par cette dernière « je sens que cette maladie mettra fin à ma vie un jour ». A partir ces dires nous pouvons dire qu'elle pensait que cette maladie est mortelle.

Depuis sa maladie notre cas nous racontait qu'elle a perdu sa passion dans la vie « je ne sais pas ce qui se passe avec moi, depuis l'annonce de ma maladie, je me sens très agitée, j'ai des palpitations, je transpire beaucoup et j'ai du mal à respirer. En grosse je ne peux pas m'empêcher de penser constamment à ma santé et à ce qui va m'arriver avec cette insuffisance rénale chronique ».

Ce sujet nous a expliquait qu'elle ne pouvait pas gérer sa situation « mes sensations d'angoisse de la mort je ne peux pas les contrôler, c'est une réaction involontaire ».

Kamila nous a avouait qu'elle suit des séances psychologiques en raison de sa santé psychique très détériorée liée à l'angoisse de la mort « je me plains de palpitations, de sueurs, de tremblement et des difficultés respiratoire, des pensées très angoissantes avec une boule au ventre »

Notre patiente trouve que sa mère et ses frères qui son a ses coté est la soutient toujours « ma mère chérie que j'aime trop me soutenait toujours, je ne peux pas la quitter, même la nuit elle dort à mes côtés » « yema ta3ziztiz tahbighet bzaf psk netath kan itilin didi, uzmirghara adba3degh felas, même la3cha didi ithegan », la maman de Kamila représente la source de bonheur pour sa fille et l'exemple d'une maman parfaite.

A travers la dernière question de cet axe notre cas nous informe qu'elle vit quelques problèmes familiaux notamment avec son père « mon père me ronfle toujours à cause de maladie » c'est ici que kamila avait fondu en larme à cause de la cruauté de son père envers elle.

Enfin nous avons remarqué que kamila présente des symptômes d'angoisse de la mort et un soutien de sa maman contrairement à son père.

Présentation des résultats de l'échelle Donald Templer

Tableau N°3 : Présentation des résultats de l'échelles du 1er cas :

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

A partir des résultats obtenus dans ce tableau N° 03 par Kamila on constate qu'elle a une angoisse de mort élevé vu que le score obtenu 11/15 qui indique l'existence d'une angoisse de mort Élevée chez la patiente. Cela été apparu d'après le test qu'on a fait avec Kamila, et a été remarqué à l'échelle de l'angoisse de la mort au 1er item '*j'ai très peur de la mort*' a ou elle a répondu par vrai acquis un point et dans le 5eme item '*je n'ai jamais peur de la mort*' a ou elle a répondu par faux acquis un point aussi, cela du a sa maladie insuffisance rénale comme elle a dit cette maladie me fait peur. Ou elle a montré sa peur à l'idée de la mort, dans l'item 11 aussi a confirmé sa peur de mourir d'une maladie et encore dans l'item 15 ou elle montre sa phobie à l'avenir.

En résumé: d'après l'analyse de l'entretien clinique semi directif que nous avons effectué avec le cas vu sa tristesse en répondant aux questions, son inquiétude, nous révèlent que notre sujet présente les symptômes de l'angoisse de la mort qui est due à sa maladie d'IRC et aux nombreux soucis qu'elle rencontre dans sa vie, cette maladie pour elle est un obstacle, à ce jour elle a du mal à l'acceptée. Selon la comparaison de l'entretien et l'analyse l'échelle des résultats de l'échelle de Donald Templer, on conclut que Kamila a une angoisse de la mort élevée.

Cas clinique N°2 : Mahrez

Information personnel du patient

Mr Mahrez homme âgé 35 ans, le troisième d'une fratrie de six enfant, il est célibataire, son niveau d'instruction est 2ème année moyenne, il travaille dans un fastfood.

Informations liées à la maladie :

Après avoir bien expliquer à notre cas le principe de notre entretien clinique de recherche, il a répondu presque à tout les questions sur sa maladie. D'après lui la maladie IRC a été causé par une tension artérielle qui été diagnostiquée en 2018, il a été hospitalisé pendant 10 jours. Pendant cette période ils ont demandé plusieurs analyses à l'extérieure de l'hôpital qui peuvent expliquer l'insuffisance rénale chronique. Mahrez est le seul malade dans sa famille d'après ce qu'il avait dit « personne d'autre dans ma famille n'a cette maladie » « Naki kan g halken lahlak ayi ». Notre patient nous informant qu'il ne souffrait d'aucune autre maladie sauf l'insuffisance rénale chronique. Parmi les symptômes qui se manifestent au début chez notre patient ; la fatigue persistante, difficultés de concentration, perte d'appétit, troubles du sommeil, gonflement des jambes des mains, maux tête.

L'annonce de cette maladie était un vrai choc pour lui et sa famille comme il le souligne « C'était une nouvelle choquante et triste pour moi et même pour ma famille » au début il n'a pas accepté d'être malade, il nous a dit « J'ai été choqué, je n'arrive pas à croire le médecin et d'accepter cette réalité », mais avec le temps j'étais obligé d'accepter cette maladie et vivre avec elle. « chokigh, tagami atkchem g aqruyiw w adacceptigh mais avec le temps dayen oblige adaccepter. Nous avons constaté l'atteint de cette maladie chronique à engendrer chez lui d'autres problème psychologique tels que sensation stress et de peur. Mahrez n'ai jamais pensé qu'il va atteint cette maladie IRC un jour, notre patient déclare je ne savais même pas ces quoi le filtrer de sang.

Informations liées au traitement :

Ce sujet suit les séances d'hémodialyse à une fréquence de 4 fois par semaine au début de sa maladie, après est devenu 3 fois par semaine, Actuellement ce malade fait le suivi régulier de ses séances d'hémodialyse comme il la mentionne « je suis attentivement ma prise en charge malgré les difficultés que je rencontre » « tasghed toujours à les séance ynew j'aimais ratigh déjà même si les difficultés is3igh ».

Lors de la première séance il a éprouvé des sentiments de fatigue et de découragement, « Quand je suis arrivée à l'hôpital, je ne savais rien sur la façon de filtrer le sang, mais grâce à l'équipe médicale, j'ai pu trouver toutes les réponses à toutes les questions que je me posais sur le processus de filtration du sang », « mais lahqegh a l'hôpital usineghara uma dazuh f le dialyse haussement lan wiyak ikhdmen dayi safhmniyid f koulch ». Une fois l'accès vasculaire prêt, une aiguille est insérée pour permettre le passage du sang vers la machine de dialyse Mahrez ressent une douleur intense lors de l'insertion des aiguilles dans son accès vasculaire. Malgré les efforts de l'équipe médicale pour minimiser la douleur, ce sujet trouve difficile de supporter la sensation et il a commencé à paniquer.

Après avoir traversé une période difficile lors de ses premières séances d'hémodialyse mais a décidé de lutter pour maintenir une qualité de vie aussi élevée que possible. Il a rapidement adapté son emploi du temps pour intégrer les séances de dialyse tout en continuant ses activités quotidiennes. Les premières séances étaient éprouvantes. Je me sentais vidée de toute énergie, mais j'ai rapidement compris que ma vie devait continuer malgré tout ». Cela reflète sa détermination à ne pas laisser la maladie perturber complètement son quotidien. Sa capacité à trouver un équilibre entre sa santé et sa vie quotidien démontre sa force intérieure et son engagement envers son bien-être global.

Concernant son régime alimentaire ce sujet rencontre des difficultés à suivre son régime de façon stricte, il aime, manger et boire des grandes quantités d'eau et des boissons. « Je sais que je voudrais suivre mon régime pour ma santé, mais parfois, c'est difficile de résister à mes envies et de changer mes habitudes alimentaires, je me sens frustré de ne pas être capable de le suivre comme je devrais faire ». Donc on a constaté que Mahrez trouve des difficultés pratique et émotionnelle à suivre son régime.

Notre patient ressent que sa maladie constitue un obstacle dans sa vie. Les contraintes liées au traitement, telles que les séances d'hémodialyse régulières et les restrictions alimentaires, rendre les choses plus difficile.

Informations sur les signes d'angoisse de la mort

Mahrez après sa maladie il ressent des sensations d'angoisse présenter une variété des symptômes ; palpitation cardiaque, respiration difficile, transpiration excessive, peur de mourir, tremblement incontrôlables des mains et du corps. « Quand l'angoisse frappe, c'est

comme si mon corps et mon esprit se mettaient en alerte rouge. C'est comme une tempête intérieure qui me laisse désorienté et vidé ».

Après sa maladie d'IRC notre cas nous prouve que sa vie psychologique s'est aggravée à cause d'une réflexion excessive sur l'avenir « j'étais toujours quelqu'un qui aime la vie mais non plus maintenant ». Il avouait : « je suis dans un état tellement difficile, je suis angoissé, battements de cœur, respiration difficile, transpiration excessive, peur de mourir, tremblement incontrôlables des mains et du corps ».

Ce sujet déclare qu'il pouvait parfois gérer les crises d'angoisse de la mort « je cherche sur Internet des techniques qui peuvent m'aider à soulager, mais quand je serais au centre ma situation em-pire encore quand ils me branchent à la machine ».

Le soutien familial de Mahrez est une ressource précieuse dans son parcours de traitement d'IRC. Il a reçu beaucoup d'encouragement de la part de sa famille et ses potes en lui apportant un soutien émotionnel, en l'accompagnant aux rendez- vous médicaux et aux séances de dialyse, et en l'aident dans les tâches quotidiennes lorsqu'il se sent fatiguée ou découragée.

Présentation des résultats de l'échelle Donald Templer

Tableau N°4: Présentation des résultats de l'échelles du 2^{EME} cas :

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

A partir des résultats obtenus dans ce tableau N°02 par Mahrez on constate qu'il a une angoisse de mort élevé vu que le score obtenu 11/15 Ces réponse aux items sont claires, soutenant sa peur à la mort comme dans les items N°2,7 et 8 qui exprime fortement l'angoisse de la mort. L'énoncé 11 qui emporte dans ses sens la peur de mort soudain. Et la vision pessimiste à l'avenir comme dans l'énoncé N° 15 qui parle sur l'avenir ' je vois que l'avenir réserve quelque chose qui me fait peur '. Ou il a répondu par vrai.

En résumé, d'après Les résultats de l'échelle de Donald Templar révèlent que Mahrez manifeste un niveau d'anxiété de la mort élevé, principalement suggèrent une présence notable d'inquiétude.

Cas clinique N° 3 : Lyla

Informations personnelles du patient :

Lyla âgée de 42 ans, célibataire. Elle travaille dans un laboratoire et vit avec sa famille. Son niveau d'instruction est universitaire, ce qui lui permet de mieux comprendre sa maladie et les traitements.

Informations concernant la maladie :

Lyla a découvert sa maladie rénale en 2019. Elle raconte que tout a commencé de façon presque banale au travail, lorsqu'elle a présenté une hypertension élevée (19/14). Elle explique : « J'avais toujours mal à la tête, mais je ne faisais pas attention ». Suite à cette hypertension, qu'on lui conseille de consulter un cardiologue. Plusieurs examens sont alors réalisés, montrant un dysfonctionnement rénal avancé.

À ce moment, les médecins lui annoncent qu'elle est atteinte d'une insuffisance rénale chronique. La vitesse de la dégradation de ses reins est inhabituelle, évoluant très rapidement d'un trimestre à l'autre elle déclare que : « Ce n'était pas un doublement, c'était un triplement. Ce n'était pas comme les cas normaux ».

Au moment du diagnostic, Lyla est choquée. Elle affirme qu'elle n'avait aucun symptôme évident de cette maladie avant la découverte : « Je ne ressentais aucune fatigue, aucune douleur. Même les douleurs abdominales je ne les avais pas ». C'est cette absence de signes clairs qui a rendu le choc encore plus fort. « ufehimagh karra ligh t3ichagh norml après kolchi ineydal felli ».

Pendant l'entretien, ce sujet a expliqué que son frère est mort à cause de cette maladie chronique, ce qui renforce chez elle une angoisse: « Ce n'est pas la même chose, mais je connais cette maladie, je sais très bien comment elle se termine, Elle mène à la mort ». « zerigh mlih dachu dlahlak uyuhwajhara ayidhkun fellan zerigh la fin yenes delmuth ». Elle déclare que n'avait jamais imaginé qu'elle serait atteinte : « Jamais je n'aurais cru que ça m'arriverait » « jamais newigh adhalkagh mais wlh ghalve ».

Pendant trois ans, de 2019 jusqu'à 2022, cette patiente refuse de commencer la dialyse, malgré l'insistance de ses médecins. Elle explique ce rejet par une forme de déni et d'espoir religieux : « J'attendais un miracle pour guérir » « amaken t3asagh adinzel lwahey après elle

rire ». Elle exprime clairement son refus d'accepter la maladie : « Même après 20 ans, je ne m'attendrai pas à l'accepter » « jamais adqevlagh jamais newigh adeyili hede adiqevel nagh adiname anecheta jamais ».

Informations liées au traitement de la maladie :

Ce n'est qu'après l'apparition de symptômes sévères que Lyla accepte finalement de commencer l'hémodialyse : « Je me sentais très fatiguée, j'avais du mal à respirer, j'avais des maux de tête et des gonflements des jambes ». Au début elle commencé par deux séances par semaine pendant six mois à l'hôpital, avant d'être transférée au centre de dialyse, où elle passe à trois séances par semaine. Lyla précise : « Je n'ai jamais raté une seule séance). Elle se souvient de sa première séance : « J'ai pleurée, j'ai vomi. Et après, même marcher je ne pouvais pas ». Elle raconte que cette première expérience a été très difficile. « Vraiment unewighara tella haha igu3ren kethar wanchetni karehagh admkethigh ».

Lyla a également tenté la dialyse péritonéale, pour éviter les déplacements fréquents au centre : « Je voulais la faire pour ne pas aller tous les jours au centre ». Au bout d'une semaine ce traitement a provoqué une infection grave, ce qui l'a poussée à l'arrêter immédiatement. Cela provoquait une infection. « Je suis rentrée à l'hôpital pour la deuxième fois, et là j'ai cru que j'allais mourir ». « dayen qareghasen ademthagh a le poin vedigh tewasigh meme imawlaniw imais iyiwalane g lhalani newanas dayen ademthagh ». Au cours d'un seul mois, elle a dû changer de KT (cathéter) quatre fois, ce qui montre la complexité et la fragilité de sa situation.

Notre patiente reconnaît ne pas suivre un régime alimentaire strict, mais elle connaît bien les interdits : « Je ne dois pas manger des fruits, ne pas boire trop d'eau, même les aliments avec beaucoup d'eau comme les soupes, je dois les éviter ». Elle trouve cela particulièrement difficile pendant l'été : « En été, j'ai besoin de boire beaucoup d'eau, mais je ne peux pas ».

Elle vit la dialyse comme un obstacle dans sa vie, Lyla déclare que : « Avec la dialyse, je ne peux rien faire. Je ne peux pas voyager. Je ne peux rien planifier librement. Tout doit être organisé autour de la dialyse. Ce n'est pas une vie normale ». Elle a aussi ajouté : « Le jour de la dialyse, je reste à la maison Je dors. Pendant la séance, le temps passe très lentement ». « Uqet3adayar ak lwaqth tayesagh adefakagh aduhagh akham ». Et malgré la possibilité d'une greffe, elle refuse qu'un membre de sa famille lui donne un rein : « J'ai peur que ce soit héréditaire et que je fasse du mal ».

Informations liées aux signes d'angoisse de la mort :

Cette malade décrit un état psychique instable : « Parfois je me sens bien, parfois je ne vais pas bien ». « tikwal tiligh bien tikewal tnevadal felli ». L'angoisse de la mort est présente, en particulier lorsqu'elle pense à son frère : « Je sais très bien ce que ça fait de vivre avec ça, de lier ma vie à une machine ». Cette expérience avec son frère renforce son angoisse, car elle connaît bien les conséquences de la maladie. « wallagh dachu idis3ada gemma tura athan imuth ».

Cette femme décrit des symptômes d'angoisse de la mort lors de certaines crises : « Je pleure, je ne dors pas, je pense trop, avec des palpitations et des difficultés à respirer et parfois une sensation d'étouffement ». Elle n'en parle presque plus à ses proches : « Au début, j'aimais parler sur la maladie, mais maintenant je ne veux plus attrister mes sœurs avec ma souffrance. J'essayai d'oublier, c'est mieux ». Elle s'est rendue seule à ses séances, sauf en cas de complications où son frère l'accompagne : « Je vais seule, sauf si ma tension est basse, là mon frère vient avec moi ». Elle souligne qu'elle bénéficie du soutien familial, mais elle précise : « Je n'aime pas quand on me parle juste de la maladie ».

Enfin, Lyla envisage de partir en France pour se soigner, mais elle est hantée par la peur de perdre un proche d'après ces dire : « J'ai peur que quelqu'un de ma famille meure pendant que je suis loin, et moi aussi, j'ai peur de mourir là-bas. Je serai seule » « J'ai peur que quelqu'un de ma famille meure pendant que je suis loin ». « lukan ademthagh dina adiligh imaniw uzaragh hed ».

D'après les éléments recueillis, on a remarqué que ce sujet présente une angoisse de la mort, liée à une histoire personnelle marquée par des pertes familiales, notamment celle de son frère atteint de la même maladie. Elle a longtemps refusé la dialyse, espérant un miracle, ce qui montre un déni de sa situation. Elle vit la dialyse comme quelque chose de lourd associée à la souffrance et perte de liberté. Malgré le soutien de sa famille, elle vit une solitude intérieure. Sa peur de la séparation, notamment en cas de départ à l'étranger, renforce encore son angoisse.

Présentation des résultats de l'échelle Donald Templer

Tableau N°5: Présentation des résultats de l'échelle Donald Templer :

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

À partir des résultats obtenus dans le tableau N°3, on constate que Lyla présente une angoisse de la mort modérée, avec un score total de 8/15. Ce résultat montre qu'elle éprouve une certaine peur de la mort, bien que celle-ci soit moins marquée que dans d'autres cas. Elle a répondu vrai à certains items qui montrent qu'elle pense souvent à la mort. Par exemple items 1, 5, 9 et 12. Elle a notamment peur de mourir dans la douleur et se sent parfois préoccupée par la brièveté de la vie. Elle a répondu faux à d'autres items comme 7 et 10 montrent que cette peur n'est pas constante et qu'elle ne pense pas toujours à la mort ou à ce qui vient après.

En résumé, les résultats de l'échelle de Donald Templer indiquent que Lyla vit avec une angoisse de la mort modérée, liée à sa maladie, mais qu'elle garde une certaine distance par rapport à cette peur pour suivre son quotidien.

Cas clinique N°4 : Zakia

Informations personnelles du patient :

Zakia est une femme de 45 ans, mariée, sans enfants. Femme au foyer. Depuis 1990, elle souffre d'une maladie rénale caractérisée par la présence de kystes au niveau des reins.

Pendant l'entretien, elle a mentionné qu'elle avait besoin de parler pour se soulager elle a évoqué spontanément ses difficultés et ses souffrances, tant physiques et psychologique.

Informations liées à la maladie :

Zakia a suivi pendant des années un traitement médicamenteux, avec des analyses tous les trois mois. En 2014, son état est s'aggravé. Son médecin lui a annoncé qu'elle devait commencer la dialyse. Ce moment a été un choc pour elle: « Quand le médecin m'a dit que je devais faire la dialyse, j'ai pleuré toute la journée. Même mon mari était choqué, il n'a rien dit, juste les larmes » « naki satruyagh argaziw ikhela3 ». Elle a eu beaucoup de mal à accepter sa maladie, bien qu'avec le temps du temps, elle ait fini par l'accepter à contre cœur : « Zarigh utenagh mais unewighar adelahqagh ardayi ligh wlh ghalv illaq adqavlagh niq wuliw ». La maladie est fortement présente dans sa famille. Son père, ses quatre sœurs et ses deux frères ont été touchés par des problèmes rénaux. Ses deux frères sont actuellement sous dialyse, et un autre frère ainsi que son père sont décédés à cause de cette maladie, sans avoir été dialysés. Malgré cette hérédité évident ce sujet ne s'imaginait pas être malade un jour: « Vava yutene ayethema mais naki jamais geraghethid g lbaliwe jamais newigh adtatenagh ».

Informations liées au traitement :

Cette patiente a commencé la dialyse par trois fois par semaine. À cause de problème cardiaques, elle a dû passer à des séances quotidiennes pendant deux mois. Elle affirmé que n'a jamais déjà manqué ses séances. Lors de la première séance, elle a ressenti par une grande fatigue, des vertiges, des nausées, ainsi la peur de mourir. Notre patiente présente des pensées négatives envahissantes, d'une sensation de danger. Cette malade se sentait comme déconnectée de la réalité, avec l'impression que la mort était proche. « khal3agh uliwe ikath kan qaragh kan ademthagh admthagh ,thusugh machi gadunith ak iligh ». Elle a dit que : « Quand j'ai commencé la dialyse, je croyais que j'allais mourir. Je ne veux pas mourir à l'hôpital ». « qarghasen kan awimiyi axxam uvghighara ademthagh g svitare imaniw ». Elle ajoute : « Je n'oublie jamais ce jour. C'était un cauchemar pour moi. Je ne peux pas oublier

cette journée ». Ce souvenir est resté dans sa tête. Madame Zakia évoque aussi une sensation de solitude intérieure, comme si personne ne pouvait comprendre ce qu'elle vivait à ce moment-là « aseni jamais ahashugh iqime g qaruyiw, husagh imaniw iligh guman ayidfahmen qareniyid kan ukmitagh walu mias gumagh atamnagh ».

Ce sujet suit son traitement et respecte les consignes des médecins de façon stricte. Elle a dit que la limitation de l'eau est difficile pour elle : « J'ai toujours soif, mais je fais des efforts pour ne pas boire ». Elle fait attention à ce qu'elle mange elle ne mange pas de viande rouge, évite les fruits, et limite l'eau. Quand elle est très fatiguée, elle reste allongée toute la journée et dort beaucoup. Surtout après la dialyse.

Informations liées aux signes d'angoisse de la mort :

Lors de notre entretien, ce sujet nous a expliqué qu'elle ressent qu'est différente par rapport aux autres, car chaque jour, elle doit se rendre au centre pour faire la dialyse. Elle a dit : « Les autres vivent normal ». Elle ressent qu'elle n'a plus la même liberté que les autres, à cause de sa maladie. Elle a ajouté : « Je ne suis plus comme avant, je suis tout le temps fatiguée ». Zakia nous a informé qu'elle se sent souvent triste, fatiguée mentalement et qu'elle pense beaucoup à la mort. « Je pense trop, surtout la nuit Je me sens seule » « 3ayigh gukhameme surtout la3echa tuhusugh imaniw kan illigh ».

Lorsqu'on l'a interrogée sur l'angoisse de la mort, elle a confirmé qu'elle en ressentait. Elle a alors partagé son histoire, marquée depuis l'enfance, à une forte peur face à la mort. À l'âge de 7 ans, Zakia a vu une vache se faire écraser par un bus : « J'ai eu tellement peur que je n'ai pas parlé pendant des jours ». À l'âge de 16 ans, la mort de son père a ravivé cette peur. Plus tard, le décès d'un enfant du voisinage l'a touchée : « J'ai perdu la voix pendant une semaine. Je n'arrivais plus à parler », « wayeni ixal3agh uzemirghara adhdragh ».

Cette patiente a précisé que l'angoisse est plus forte la nuit, surtout après la dialyse., cette malade présenter des symptômes suivants : palpitations, sensation de boule au ventre, de tremblements et d'insomnie. Elle avouait : « J'ai peur de dormir. J'ai peur de ne pas me réveiller ». Elle laisse toujours une lumière allumée. « thusugh alukan adgenagh dayn utughalghara adkragh », Elle a ajouté : « Quand je parle avec quelqu'un, ça me calme, Parler m'aide, même si je suis fatiguée, je parle, je me sens mieux ». Elle cherche à parler pour soulager son angoisse. Elle écoute aussi la radio religieuse ou fait des prières. Au début, son mari l'accompagnait au centre de dialyse. Maintenant, elle y va seule.

Madame Zakia bénéficie d'un bon soutien familial, en particulier de son mari et que ses relations n'ont pas beaucoup changé. Sa famille reste présente. Mais elle se sent parfois isolée, comme différente. « Je ne suis pas comme eux » « ugenvedal walu saqsayend ak feli truhuned ghuri ma3ena tikewal ama hadern dachu ikhadmen nagh dachu arakhedmen naki uzemirghara atkhadmagh itghidiyi lhal thusugh imaniw machi am nukni ».

D'après les éléments recueillis, on remarque que Zakia présente une angoisse de la mort, réactivée par des événements traumatisants depuis l'enfance, notamment la mort de son père, puis aggravée par l'annonce de la dialyse. Elle exprime une peur intense de mourir, surtout pendant la nuit, ce qui se manifeste par des symptômes physiques et psychologiques. Ce sujet tente de faire face à cette angoisse par la parole, la religion et le soutien familial, ce qui lui permet de mieux supporter ses souffrances.

Présentation des résultats de l'échelles Donald Templer

Tableau N°6: Présentation des résultats de l'échelles du 4^{EME} cas :

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

À partir des résultats obtenus dans le tableau N°4, on constate que zakia présente une angoisse de la mort élevée, avec un score total de 10/15. Ce résultat montre clairement qu'elle a peur de la mort, ce qui est en lien avec son état de santé et ce qu'elle a exprimé lors de l'entretien. Elle a répondu vrai à plusieurs items qui soulignent sa peur de la mort. Par exemple, à l'item 1 elle a confirmé sa peur de la mort. De même, dans l'item 2 sa réponse fausse indique qu'elle pense fréquemment à la mort, ce qui est un signe de son angoisse persistante. L'item 4 montre également qu'elle craint la souffrance liée à des interventions médicales. D'autres items, comme l'item 13 et 14 soulignent son malaise par rapport à des sujets évoquant la mort ou la fin de la vie. Elle ait répondu faux à certains items comme le 7 et le 8 mais cela ne change pas le fait que ses autres réponses montrent clairement une peur constante de la mort, surtout dans des moments de solitude, comme elle l'a précisé dans l'entretien.

En résumé, d'après les réponses données à l'échelle de Donald Templer, et à ce qui est ressorti dans l'entretien, Zakia présente une angoisse de la mort élevée, renforcée par sa maladie, ses expériences passées, et ses difficultés à accepter sa situation de vie actuelle.

2.Discussion des hypothèses :

Dans cette partie nous allons exposer une discutions des résultats obtenus lors de la passation de l'entretien clinique semi-directif et de l'échelle de l'angoisse de la mort Donald Templar, qui ont été passer durant notre période de stage effectué au centre d'hémodialyse Achiffa, dans le but d'établir une discussion des hypothèses qui viennent répondre aux questions de notre problématique.

Après avoir accompli cette passation individuelle de l'échelle de l'angoisse de la mort de Donald Templar, et l'entretien clinique semi-directif auprès de notre population de recherche; nous avons obtenus les résultats illustrés dans le tableau qui suit. A travers lesquels nous allons pouvoir confirmer notre hypothèse suivante :

2.1 Discussion de l'hypothèse secondaire N°1 qui dit : L'angoisse de la mort se manifeste à des degrés divers chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique.

Tableau N°7: Récapitulatif les résultats de l'échelle de l'angoisse de la mort de Donald Templar :

Cas	Score obtenu	Niveau d'angoisse de la mort
Mahrez	11	Élevé
Kamila	11	Élevé
Lyla	8	Modérée
Zakia	10	Élevé

Ce tableau n°7 permettent donc de constater que notre population de recherche est entièrement touchée par l'angoisse de la mort à des degrés différents.

Nous remarquant dans le tableau que le 1^{er} et 2^{ème} et 4^{ème} cas ont un degré d'angoisse de la mort Elevé sauf le 3^{eme} cas qui a une angoisse de la mort modérée. Ce qui indique que l'angoisse de la mort existait chez les patients atteint d'une insuffisance rénale chronique.

Les résultats de cet hypothèses sont cohérent avec les résultats d'études dans ce domaine notamment l'étude de zwawi Sulaiman sur l'angoisse et la réaction dépressif chez les personne souffrant d'une insuffisance rénale qui a confirmé que les personne atteint de cette maladie sont caractérisé par l'angoisse, l'étude de Elkamila 2018 qui révèle que les degrés de l'angoisse de

la mort est élevé chez l'échantillon de personne atteint d'une insuffisance rénale, ainsi une Étude de Aya Kwadjlia sur l'anxiété de mort chez les adultes atteint de cancer a montré dans ses résultats l'existence de l'angoisse de la mort chez les cancéreux.

NOMBREUSES autres études comme l'étude d'Al-Nayal (1991) indiquent la présence d'angoisse de la mort dans la vie humaine à des degrés divers, allant de la simple angoisse qui apparut sous forme de peur et des pensées négatives à une anxiété sévère qui apparaît sous formes de phobies et de panique. Le trouble d'angoisse de la mort est considéré comme l'un des troubles dangereux sur l'individu, car c'est une émotion qui réside dans les replis de subconscient que l'individu ne ressent pas directement mais affecte son comportement et apparaît sous forme de la colère, de la peur intense, de la panique, en idées noires et insomnie aigüe.

Ces mêmes résultats, illustrés dans le tableau précédent qui résume les niveaux d'angoisse de la mort rencontré chez nos quatre cas atteintes d'IRC, vont maintenant nous permettre à présent la confirmation de notre hypothèse secondaire suivant « **l'angoisse de la mort se manifeste à des degrés divers chez les personnes atteintes une insuffisance rénale chronique** » Donc d'après les résultats obtenus on dit c'est une hypothèse bilatérale.

2.2 Discussion de l'hypothèse secondaire N°2 qui dit : Les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique souffrent de problème de la peur de la rupture de la famille.

Les patients expriment une peur profonde de la rupture familiale, liée à leur jeune âge ou à la crainte de perdre leurs proches. Pour se protéger psychologiquement face à des situations difficiles, soulager leur souffrance intérieure, réduire l'angoisse de la mort, et maintenir un équilibre psychique, ils mettent en place divers mécanismes de défense.

Parmi les mécanismes de défense observés chez les patients :

Notre première patiente 'Kamila' manifeste un déni lorsqu'elle refuse d'accepter la réalité de son état, en espérant encore un miracle pour guérir. Elle utilise également la régression, à travers la présence constante de sa mère, qui dort même avec elle la nuit. Notre deuxième sujet 'Mahrez' utilise le déni lorsqu'il dit qu'il n'arrivait pas à croire le médecin au début et accepter sa maladie. Notre troisième cas 'Lyla' manifeste l'isolation de l'affect lorsqu'elle refuse de partager ses émotions pour ne pas attrister ses proches, pratique le refoulement en tentant « d'oublier » sa souffrance, et manifeste également un déni en refusant d'accepter sa maladie, notamment quand elle dit qu'elle attend un miracle pour guérir, ce qui reflète son rejet de la

réalité. Elle utilise aussi la rationalisation pour justifier son « refus de la greffe » par la peur d'une cause « héréditaire ». Enfin, notre quatrième et dernière patiente 'Zakia' refoule ses souvenirs traumatisques liés à la mort « enfance, père, voisin ». Elle adopte des comportements régressifs face à l'angoisse, comme le besoin de dormir avec une « lumière allumée » ou la peur de « dormir seule ». Pour apaiser son mal-être, elle parle beaucoup et pratique « la religion », ce qui montre une tentative de sublimation.

À travers notre entretien clinique, Lyla a parlé d'un éloignement affectif familial et a exprimé une peur de perdre sa famille. Cela montre une angoisse de séparation. On observe aussi chez elle une culpabilité inconsciente elle a peur d'être un poids pour ses proches. Cette culpabilité peut nourrir un conflit intérieur entre le désir d'être aidée par ses proches et la peur de les déranger. Cela peut conduire à un repli sur soi, à de la tristesse, voire à une dépression masquée.

Cela montre que les patients ont peur de la rupture familiale malgré dans nos cas cliniques, le soutien familial est manifeste, à travers la présence, l'accompagnement thérapeutique ou les marques d'affection et résilience partagée ce qui permet de réduire leurs états angoissés. La famille joue donc un rôle important, mais le soutien peut être freiné par le silence, la peur ou des conflits émotionnels.

Cette hypothèse est aussi confirmée d'après les résultats obtenus par les outils de recherche qu'on a utilisée soit l'entretien clinique semi directif, soit l'échelle de l'angoisse de la mort de Templar ont montré que les personnes atteintes de l'insuffisance rénale souffrent de problème de la rupture de la famille.

2.3 Présentation et discussion du résultat de l'hypothèse principale suivants : Les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique souffrent différemment d'angoisse de la mort.

Après avoir accompli cette passation individuelle de l'échelle de Donald templar et l'entretien clinique semi-directif auprès de notre population de recherche ; nous avons obtenus les résultats illustrés dans le tableau précédent. A travers lesquels nous allons pouvoir confirmer notre première hypothèse « : **Les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique souffrent différemment d'angoisse de la mort** ».

D'après la passation de l'entretien semi directif nous avons enregistré quelques symptômes d'angoisse de la mort chez les quatre cas comme des palpitations, sueurs, tremblement chez Kamila et battements de cœurs, respiration difficile, peur de mourir, tremblement incontrôlables des mains et de corps chez monsieur Mahrez, chez Lyla présente la sensation d'étouffement, maux tête, difficultés à respirer quant à madame Zakia ressent des palpitations, sensation de boule au ventre. Ces symptômes physiques sont des expressions somatiques de l'angoisse de la mort, la maladie confronte le patient à la limite de son corps et à la réalité de la mort. Cela fragilise ses mécanismes de défenses psychiques et réveille une angoisse de la mort profonde.

L'angoisse de la mort se manifeste autant dans les discours des patients 'peur de souffrir, pensées autour de la mort' que dans leur corps 'troubles somatiques'. Chez Zakia, la maladie réactive des conflits intrapsychiques anciens, liés à des pertes ou des traumatismes passés. Le passé 'deuils, traumatismes' et le futur 'crainte de la mort' se confondent, ce qui intensifie leur angoisse.

Synthèse :

Notre étude faite sur l'angoisse de la mort chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique auprès de quatre cas qui nous ont permis d'obtenir les résultats que nous avons utilisés lors de la discussion des hypothèses de départ dans le but de les infirmer ou de les confirmer.

D'après notre recherche on peut signaler quelques insuffisances dans centre où on a fait le stage. D'abord, on a remarqué l'absence d'un psychologue au sein du centre d'hémodialyse qui peut soulager le patient de problèmes de l'angoisse de la mort, surtout pendant les moments difficiles comme les séances d'hémodialyse, c'est les médecins qui joue le rôle d'un médecin et ou même temps d'un psychologue. Ensuite, en a remarqué aussi tellement les cas ils ont peur de la rupture familiale qui veut dire de quitter leur famille un jour, ils trouvent souvent le soutien de la part de la famille qui peut jouer le rôle essentiel dans le développement de la résilience psychique, la présence attentive, d'écoute et de soutien, la famille essaye souvent de trouver un nouvel équilibre malgré la souffrance, c'est en compare à ça en peut dire c'est une thérapie familiale et l'empathie car la famille essaye de partager la même souffrance avec le sujet. Enfin les conditions d'entretien n'ont pas toujours été idéales pour favoriser une parole libre, le bruit, la fatigue liée à la dialyse ont peuvent influencer les réponses.

D'après ce modeste de travail, on a essayé à partir de notre objectif de départ c'est de comprendre et mesurer le niveau d'angoisse de la mort chez les patients insuffisants rénaux, et comprendre le regard des IRC vers leurs situations et aussi comprendre comment décrire les souffrances physiques psychique et sociales de chaque patient.

Conclusion

Conclusion

En somme, il s'avère à partir de tout ce qui précède que l'insuffisance rénale chronique est indubitablement un problème de santé publique. Sa prévalence augmente dans de nombreux pays, principalement en raison de l'augmentation des maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension artérielle qui sont des majeurs facteurs de risque.

Notre travail de recherche a donc consisté à la réalisation d'une étude de cas d'angoisse de la mort chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique, dont nous avons interrogés (04) cas sur des informations liées à leur maladie, son traitement ainsi que les signes d'angoisse de la mort ; grâce au guide d'entretien et à l'échelle de l'angoisse de la mort de Donald Templar.

Nous pouvons dire à travers ce modeste travail de recherche, que nous avons essayé de démontrer l'influence du l'IRC sur l'émergence d'angoisse de la mort chez les personnes atteintes d'IRC, en utilisant les notions fondamentales et les termes de base du l'IRC ainsi que les concepts liés à l'angoisse de la mort.

Pour pouvoir alors vérifier la présence de l'angoisse de la mort chez les personnes atteintes d'IRC, nous avons effectué une recherche au sein de centre d'hémodialyse Achifa de Bejaia durant une période de 45jours, dans le but de réussir notre travail de recherche dans des délais fixés. A cet effet notre plan a été envisagé selon un découpage dont l'objectif était de rendre compte de l'état d'angoisse de la mort chez notre population d'étude.

A travers ce travail et cette recherche, nous avons pu vérifier de façon très claire nos hypothèses et les confirmé.

Nous avons confirmé nos trois hypothèses à travers la passation de l'entretien clinique de type semi-directif et l'échelle de l'angoisse de la mort de Domplar avec nos quatre cas « monsieur Mahrez, Kamila, Lila et Madame Zakia » qui suppose que qu'ils présentent un état d'angoisse de la mort à des degrés divers liée à l'insuffisance rénale chronique et le problème de la peur de la rupture de la famille.

L'angoisse de la mort bouleversant de ces patients porte donc un regard nouveau sur leur nouvelle hygiène de vie et ses effets sur la santé de l'individu. Cette recherche présente donc une contribution pour la santé et la maladie soient mieux appréhendées dans leurs

Conclusion

dimensions psychosociales, surtout au niveau de la prise en charge médicale et le système de santé.

Nous avons beaucoup appris à travers cette recherche, qui nous a donnée l'occasion de découvrir le lieu de travail, et nous a offert l'opportunité de nous approcher des insuffisants rénaux, de connaitre les différents aspects de leur nouvelle vie et surtout les inquiétudes qui touchent essentiellement un changement dans leur psychisme. Ainsi une occasion de pratiquer dans notre domaine de la psychologie clinique.

Enfin, on va essayer de proposer quelque recommandation, malgré un travail modeste cette étude montre qu'il est important d'avoir une approche plus rediplinaire, cette étude montre qu'il est important la présence de la famille, psychologue, médecin, administration et faire une intervention globale pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique. Afin d'aider les patients à mieux gérer leur angoisse de la mort. Il serait également de bien d'avoir un espace calme pour les entretiens pour inventer une recherche sur angoisse de la mort et IRC.

Liste bibliographique

Liste bibliographique :

1. Anne, P. (2008). L'entretien clinique de recherche. Dans L'entretien clinique. France: PUF.
2. Belgische School voor Psychoanalyse. (2000). Psychoanalyse: 13. Belgique : Garant.
3. Bellik, N. (2021). Insuffisance rénale et techniques de suppléance. Alger : DAR EL KHALDOUNIA.
4. Bénony, H. et Chahraoui, KH. (2003). Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique. Paris, France : DUNOD.
5. Bénony, H. et Chahraoui, K. (1999). L'entretien clinique. Paris, France : DUNO.
6. Bergeret, J. (2008). La psychologie psychopathologique. Paris : Masson.
7. Brunner, L. S., Bare, B., Smeltzer, S., Suddarth, D. S. (2011). Soins infirmiers en médecine et chirurgie 4 : Fonctions rénale et reproductrice. Belgique : De Boeck Supérieur.
8. Bruno, M., Noelle, M et Aldi, P. (2016). Néphrologie. Paris, France : Elsevier Masson.
9. Chatelet, L. (2017). L'angoisse de la mort comme art de vivre chez Cioran. Dans Cioran, archives paradoxaux. Tome III. Nouvelles approches critiques. France : Classiques Garnier
10. Chouchana, L., Dussaule, N. (2024). Méga Guide Pharmaco Infirmier : L'indispensable pour l'administration et la surveillance du traitement. France : Elsevier Masson.
11. Collège Universitaire des Enseignants de Néphrologie. (2012). Néphrologie. Paris : Ellipses.
12. Collège Universitaire des Enseignants de Néphrologie. (2024). Néphrologie. Paris : Ellipse
13. Collinet, Ph. (2008). Inhibition, symptôme angoisse, (note de lecture de Freud 1925). Paris : PUF.
14. Collinet, Ph. (2011). Angoisse et culpabilité. Paris : PUF.
15. Delbrouck, M. (2019). Psychopathologie : Manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute. Belgique : De Boeck supérieur.

Bibliographique

16. Delourme, A. (2004). *Pratiquer la psychothérapie*. Paris, France : Dunod.
17. Dupont, S. (2024). *L'anatomie et la physiologie pour les infirmier(e)s*. France : Elsevier
18. Ferrari, P. (2012). *Traité Européen de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. (n.p.). Paris : Lavoisier.
19. Freud, S. (1916). *Introduction à la psychanalyse*, Paris : PUF.
20. Freud, S. (1926). *Inhibition, symptômes et angoisse*. Paris : PUF.
21. Gwenaëlle, É. (2023). *La pensée positive* : Guide théorico-pratique pour éliminer les pensées excessives, soulager l'anxiété et atteindre la paix mentale. Découvrez 7 mini-habitudes pour réduire les attaques de panique. Allemagne : Books on Demand.
22. Kernier, N. (2019). *30 Grandes notions de psychologie clinique et psychopathologie psychanalytique*. Paris, France : Dunod.
23. Klien, M. (2008). *Même pensée vivent*. Paris : PUF.
24. Langenfeld Serranelli, S., Merkling, J. (2024). *Le guide pratique infirmier en psychiatrie*. France : Elsevier Masson.
25. Laurent, P. (2006). *Leçon de la psychanalyse sur l'angoisse*, (3eme éd). Paris.
26. Lebon, L. (2013). *NEPHROLOGIE MALADIES RENALES*. Paris : Vernazobres-Grego
27. Lebret, T. Bouregba, A. (2008). *Association Française d'Urologie. Progrès en Urologie*. Paris : Elsevier Masson
28. Moulin, B., Peraldi, M.N. (2009). *Collège Universitaire des Enseignants en Néphrologie. Insuffisance rénale chronique et maladies rénales chroniques*. Néphrologie 4ème édition, éditeurs. Paris : Ellipses.
29. Mouterde, O. (2020). *Néphrologie*. Paris : Ellipses.
30. Neil, A et Recton, PH. (2010). *La thérapie cognitive et comportementale*. Canada : Camh.
31. Nfizi Koya, M. (2022). *Guide pratique de sémiologie en pédopsychiatrie*. France : Elsevier Health Sciences.
32. Pascal, A., Frécon Valentin, É. (2022). *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats. Classifications infirmières et plans de soins* (7e édition). Paris : Elsevier Masson.
33. Pedineilli, J-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris, France : Armand Colin.

Bibliographique

34. Podesta M., Anne Legault, M., Batigne, S & Burgard, S. (2010). Encyclopédie familiale de la santé: comprendre, prévenir, soigner. Royaume-Uni: Québec Amérique.
35. Quindoz. J.M. (2002). La solitude apprivoisée. (2eme éd). Paris : PUF.
36. Renault, M. (2002). Soins palliatifs : questions pour la psychanalyse. Paris : L'Harmattan.
37. Roland, J.-C., Chabrol, H., & Grebot, E. (2005). Psychologie Clinique. Paris : Dunod.
38. Templer, D.I. (1970). The construction and validity of death anxiety scale, Journal of General Psychology.
39. Tortora, G. J., Derrickson, B. (2017). Manuel d'anatomie et de physiologie humaine. Belgique : De Boeck supérieur.

Dictionnaires :

1. La Planche. J, Pantalis. J. B, 1967, Vocabulaire de la psychologie, Paris.
2. Le grand Dictionnaire de la psychologie, 1999, Paris.

Revues :

1. Claude le Guen et all. (1996). La mort dans la vie psychique, Revue de la société psychanalytique continuant de l'association psychanalytique internationale, TOM lx, Paris

Thèses :

1. Azotte, E. (2007). La transmission intergénérationnelle des angoisses et des troubles du sommeil associé chez l'enfant en période de latence, approche clinique, projective et comparative, mémoire de recherche en psychologie clinique et pathologie, Université Nancy 2.
2. Kahina, B., &, Hassina, M. (2024). L'angoisse de la mort chez les cancéreux : Étude clinique de quatre cas au CHU de Béjaïa (Mémoire de master, Université Abderrahmane Mira de Béjaïa).
3. Le Goff, I. (2009). Passage à l'acte et angoisse paroxystique : interrogation psychocriminologie ; Université Rennes 2.
4. Patoiseau, F. (2008). L'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à l'amélioration des symptômes de maladies chroniques, mémoire de recherche en psychologie clinique, sous la direction de Madame Nathalie Duriez, l'Université de Paris 8.
5. Trabelsi, S. (2018). Prise en charge des patients insuffisants rénaux en chirurgie buccale. Thèse de doctorat, Académie d'Aix- Marseil.

Bibliographique

Site internet :

1. Fondation du Rein. (2024, mars). *Colloque de la Journée Mondiale du Rein 2024 : La santé rénale pour tous – Promouvoir un accès équitable aux soins et une utilisation optimale des médicaments*. Consulté sur <https://fondation-du-rein.org/colloque-de-la-journee-mondiale-du-rein/>
2. -Ines,M.(2025). l'express dz Consulté sur [En Algérie, 35 000 personnes sont concernées par la maladie rénale chronique - L'express DZ](#)
3. Montet-Aubrée, C. (2015). *Psychologie et insuffisance rénale : l'angoisse de la mort chez le patient hémodialysé*. Échanges de l'AFIDTN, 114. Consulté sur https://www.afidtn.com/medias/annuaire_bibliographie/1208-revue-114_p-47-a-57_psychologie-et-ir.pdf

Pdf :

1. Arminot, F. (2023). *Angoisse de mort: Comment vaincre la peur de mourir*. Psychoanalyse. Consulté sur [https://psychaanalyse.com/pdf/ANGOISSE%20DE%20MORT%20COMMENT%20VAINCRE%20LA%20PEUR%20DE%20MOURIR%20\(6%20Pages%20-%20101%20Ko\).pdf](https://psychaanalyse.com/pdf/ANGOISSE%20DE%20MORT%20COMMENT%20VAINCRE%20LA%20PEUR%20DE%20MOURIR%20(6%20Pages%20-%20101%20Ko).pdf)
2. Chauchat, H. (1999). L'enquête en psychologie. Paris, France : 2ème éd Puf
3. Guide du parcours de soins maladie rénale chronique de l'adulte (MRC). (2023). France : Saint-Denid.
4. Guide du parcours de soins maladie rénale chronique de l'adulte (MRC). (2012). France : Saint-Denid.
5. Organisation mondiale de la santé. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Genève, Suisse : OMS Consulté sur https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-fr.pdf
6. Radermacher, L .(2004). Guide pratique de l'hémodialyse. Paris.

Ouvrage en arabe :

1. احمد محمد عبد الخالق (1976) *أصول الصحة الإسكندرية المصرية الحديثة ،المكتبة الصحة النفسية*

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 01 : Le guide d'entretien

Axe I : Renseignements personnels:

- Nom,
- Prénom ;
- Age ;
- Statut marital ;
- Nombre d'enfants ;
- Profession ;
- Niveau d'étude.

Axe N°1 : informations concernant la maladie (IRC)

1. - Depuis quand êtes-vous malade ?
2. Comment le médecin vous a-t-il annoncé le diagnostic ?
3. Comment était votre réaction ? Celle de votre conjoint ?
4. Quels sont les symptômes qui se sont manifestés au début ?
5. Avez-vous d'autres maladies ? si oui, quelles sont ?
6. Est-ce que vous arrivez à accepter votre maladie ?
7. Y a-t-il d'autres personnes de votre famille atteinte de la même maladie ?
8. Est-ce que vous avez pensé un jour que vous avez atteint de cette maladie ?

Axe N°3 : informations liées au traitement de la maladie (IRC) :

- 1- A quelle fréquence faites-vous l'hémodialyse par semaine ?
- 2- Comment êtes-vous senti lors de votre première séance de filtration du sang ?
- 3- Est-ce que des fois vous pensez que l'hémodialyse est un obstacle dans votre vie ?
- 4- Avez-vous déjà raté une séance d'hémodialyse ? si oui, combien de fois ?
- 5- Est-ce que vous suivez un régime alimentaire ? si oui, est ce que vous rencontrez des difficultés ?
- 6- Est-ce que vous êtes inquiet par rapport à votre traitement ?
- 7- Que devez-vous faire pour gérer votre maladie et son traitement ?

Axe N°4 : informations liées au signe d'angoisse de la mort:

- 1- Comment vous vous voyez par rapport aux autres ?
- 2- Pouvez-vous me décrire votre état psychique depuis votre maladie ?

ANNEXES

- 3- Est-ce que vous éprouvez des sensations d'angoisse ? si oui, quand ?
- 4- Quels symptômes présentez-vous lors une crise d'angoisse ?
- 5- Avez-vous peur de cette maladie
- 6- Comment vous faites pour gérer votre situation ?
- 7- Abordez- vous ce trouble devant votre entourage ?
- 8- Qui est- ce qui vous accompagne souvent à l'hôpital pour les consultations ? Vous sentez vous soutenus et entouré par vos proches ?
- 9- Parlez-nous de vos relations avec votre entourage avant le diagnostic ? Comment sont-elles devenues actuellement, y'a-t il un changement ?

Annexe 02 : L'échelle de Donald Templar

مقياس قلق الموت "دونالد تمبلر

الجنس:السن:

التعلية:

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

-إذا كانت العبارة خاطئة أولاً تتطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ)

1.	أخاف كثيراً من الموت	ص	خ
2.	نادراً اتخطر لي فكرة الموت	ص	خ
3.	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت	ص	خ
4.	أخاف أن تجري عملية جراحية.	ص	خ
5.	لا أخاف إطلاقاً من الموت	ص	خ
6.	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص	ص	خ
7.	لا يزعجني إطلاق التفكير في الموت	ص	خ
8.	أتضيق كثيراً من مرور الوقت	ص	خ
9.	أخشى أن أموت موتاً مؤلماً	ص	خ
10.	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيراً	ص	خ
11.	أخشى فعلاً أن تصيبني سكتة قلبية	ص	خ
12.	كثيراً ما أفكّر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلاً.	ص	خ
13.	أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة	ص	خ
14.	يزعجني منظر جسد ميت.	ص	خ
15.	أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني	ص	خ

Échelle d'anxiété de mort "Donald Templar"

Sex : Age :

Instruction:

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

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

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

مقياس قلق الموت "دونالد تمبرل

الجنس: F السن: 38

التعليمية:

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

إذا كانت العبارة خاطئة أولاً تتطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ)

خ	ص	أخاف كثيراً من الموت	1.
خ	ص	نادراً أتخطر لـ فكرة الموت	2.
خ	ص	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت	3.
خ	ص	أخاف أن تجري عملية جراحية.	4.
خ	ص	لا أخاف إطلاقاً من الموت	5.
خ	ص	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص	6.
خ	ص	لا يزعجني إطلاق التفكير في الموت	7.
خ	ص	أتضيق كثيراً من مرور الوقت	8.
خ	ص	أخشى أن أموت موتاً مؤلماً	9.
خ	ص	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيراً	10.
خ	ص	أخشى فعلاً أن تصيبني سكتة قلبية	11.
خ	ص	كثيراً ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلاً.	12.
خ	ص	أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة	13.
خ	ص	يزعجني منظر جسد ميت.	14.
خ	ص	أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني	15.

مقاييس قلق الموت "دونالد تمبرلر"

35

الجنس:السن:

التعليمية:

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

-إذا كانت العبارة خاطئة أولاً تتطابق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ)

أخاف كثيراً من الموت	.1
نادرًا أخطر لى فكرة الموت	.2
لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت	.3
أخاف أن تجري عملية جراحية.	.4
لا أخاف إطلاقاً من الموت	.5
لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص	.6
لا يزعجني إطلاقاً التفكير في الموت	.7
أتضيق كثيراً من مرور الوقت	.8
أخشى أن أموت موتاً مؤلماً	.9
إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيراً	.10
أخشى فعلاً أن تصيبني سكتة قلبية	.11
كثيراً ما أفكّر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلاً.	.12
أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة	.13
يزعجني منظر جسد ميت.	.14
أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني	.15

Échelle d'anxiété de mort "Donald Templar"

Sex : F..... ♀ Age : 48 ans

Instruction:

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

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

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

Échelle d'anxiété de mort "Donald Templar"

Sex : F Age : 54 ans

Instruction:

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

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

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

Résumé :

L'insuffisance rénale chronique est une pathologie grave et invalidante qui touche des personnes de tout âge, avec un impact profond sur la vie quotidienne. Elle entraîne une dégradation progressive des fonctions vitales et impose une dépendance à des traitements lourds comme la dialyse.

Cette situation provoquant souvent des symptômes physiologiques et des troubles mentaux comme l'anxiété et la diminution de la confiance en soi et une **angoisse de mort**, ressentie comme un sentiment diffus et persistant de fin de vie, qui affecte profondément la manière dont les patients se perçoivent eux-mêmes et interagissent avec leur entourage. Les patients peuvent se sentir exclus d'une vie "normale", prisonniers d'un corps affaibli et d'une routine médicale pesante. Les patients insuffisants rénaux nécessitent un soutien psychologique crucial pour gérer ces impacts et améliorer leur bien-être global. Si le soutien affectif et moral fait défaut, l'isolement psychologique s'accentue, fragilisant davantage le patient face à la peur de mourir. Une dynamique familiale instable ou absente peut ainsi aggraver la détresse émotionnelle, réduire les capacités de résilience et empêcher le patient de faire face dignement aux défis de la maladie.

L'angoisse de mort devient alors non seulement une conséquence de l'insuffisance rénale chronique, mais aussi une souffrance psychique majeure qui appelle une prise en charge globale et humaine.

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) is a serious and debilitating condition-affecting individual across all ages, characterized by a progressive decline in vital functions and reliance on demanding treatments such as dialysis.

Beyond physical symptoms, CKD patients frequently experience psychological challenges including anxiety, reduced self-confidence, and a **persistent fear of death**. These mental health issues significantly impact patients self-perception and social interactions, often leading to feelings of exclusion and confinement within a weakened body and restrictive medical routines. Psychological support is essential to help patients cope with these effects and enhance their overall well-being. Lack of emotional and moral support can exacerbate psychological isolation and vulnerability, particularly when family dynamics are unstable or absent.

Consequently, the fear of death emerges not only as a consequence of CKD but also as a profound psychological burden, underscoring the need for holistic and compassionate care approaches.