

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA
Faculté des Sciences Humaines et sociales
Département : sciences sociales
Option : psychologie clinique

*Mémoire de Fin de Cycle en vue d'obtention du diplôme
de Master en psychologie clinique*

Thème

*La qualité de vie chez les insuffisants rénaux
chroniques*

Présenté par

▪ *AKKAL Souad*

Encadré par

▪ *Docteur Sahraoui .I*

Année universitaire 2012-2013

Remerciement

*Tout d'abord, j'aimerais remercier Dieu le tout puissant, de m'avoir
Donné le courage, la patience et la Volonté a fin
D'aboutir à l'accomplissement
De ce travail.*

*Nous remercions également notre encadreur Dr sahraoui I pour son soutien, sa disponibilité et
ses conseils tout au long de la réalisation de ce projet, l'en remercie également pour son
encouragement et bienveillance.*

*Nous remercions tous les membres de jury qui nous feront l'honneur de juger ce modeste
travail.*

*Nos remerciements les plus sincères à l'ensemble des enseignants du Département des sciences
sociales qui ont contribué à notre formation.*

*On tient également a exprimé un grand remerciement pour les patients hémodialysés qui nous
fait part de leurs vécus.*

*Nous remercions aussi tout le personnel médical de la clinique Rameau d'olivier de Bejaia pour
leur soutien et leur sympathie.*

*Au terme de cette étude, il nous est agréable de remercier vivement tous Ce qui ont contribué
d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette recherche.*

Dédicace

*Avec un cœur plein d'amour et de fierté je dédie ce
Modeste travail à la mémoire de mon père
« Ali ». Que Dieu le bénisse et l'accueille
Dans son vaste paradis.*

*A celle qui ma toujours entourée d'amour, qui ma
Encouragée durant toute ma vie et ma
Donnée l'espoir de poursuivre ce chemin
Jusqu'au bout, ma chère mère
« Halima » Dont seul l'honneur
D'être sa fille me Suffit
Que Dieu la protège.*

A mes frères : Bouzid, Hamid, djamel.

*A mes sœurs : Sabrina, Hadda, Wahiba, Dalila,
Tassadit, wardia*

*A toute ma famille paternelle et maternelle sans exception.
Sans oublier mes amis auxquels j'exprime une grande
Reconnaissance,*

*A mes amis garçons : Farouk, Necer, Ilyes, Amin, rédha, Hamza,
Rafik, yanis, Yassin, Mohamed, Karim,
Adel, Brahim, Habib, Chaâban.*

*A mes amies filles : Mariam, Tassadit, Fatima, Soraya, Amira,
Naima, Karima, nawel, Hamida, Sihem, Taous, souad,
Kahina, Samira, Hakima.*

A tous ceux qui m'aiment et me connaissent de près ou de loin.

SOMMAIRE

Introduction générale.....	1
----------------------------	---

Partie Théorique

Chapitre I : L'approche Médicale de l'insuffisance rénale

Introduction.....	3
1. Historique.....	3
2. Définition du rein.....	3
3. Les fonctions du rein dans l'équilibre du corps.....	4
4. Différentes pathologies du rein.....	4
5. Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.....	6
6. Traitement de l'insuffisance rénale chronique.....	7
Conclusion.....	10

Chapitre II : Vécu Psychologique de l'insuffisance rénale

Introduction.....	11
1. Signification psychologique des concepts.....	11
2. Les problèmes du corps et troubles divers.....	11
3. Les défenses utilisées par le patient hémodialysé.....	13
4. Les difficultés psychologiques.....	14
4.1 Anxiété.....	14
4.2 Dépression.....	20
5. Les complications distinguées par la famille du patient.....	21
6. Les relations avec l'équipe soignante et leur rôle.....	21
Conclusion.....	23

Chapitre III : La Qualité de vie

Introduction.....	24
1. Historique du concept de qualité de vie.....	24
2. Définitions.....	26
3. La qualité de vie liée à la santé.....	26
4. Les approches de la qualité de vie.....	28
5. Les domaines de la qualité de vie.....	29
6. L'évaluation de la qualité de vie.....	31
7. Pathologie et qualité de vie.....	33
Conclusion.....	36

Chapitre IV :

❖ Problématique et hypothèses.....	37
------------------------------------	----

Partie Méthodologique

Chapitre V : Démarche de la recherche et la population d'études

Introduction.....	45
1. Démarche de la recherche.....	45
1.1. La pré-enquête.....	45
1.2. La méthode clinique.....	46
1.3. Le lieu de la recherche.....	48
2. la population d'étude.....	48
Conclusion.....	50

Chapitre VI : les techniques utilisées et leurs analyses

Introduction.....	51
1. Les techniques utilisées.....	51
1.1. L'entretien clinique.....	51
1.2. L'échelle d'anxiété d'Hamilton.....	55
1.3. Le questionnaire généraliste SF-36.....	57
2. L'analyse des techniques utilisées.....	58
2.1. Analyse de l'entretien clinique.....	58
2.2. Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton.....	59
2.3. Analyse de questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie.....	60
Conclusion.....	60

Partie pratique

<u>Chapitre VII : Analyse des résultats</u>	62
--	----

<u>Chapitre VIII : Discussion des hypothèses</u>	95
---	----

Conclusion générale	98
---------------------------	----

Bibliographie

Annexes

Introduction

Générale

Introduction générale

Nous connaissons tous, des enfants, des adolescents, des familles qui sont confrontés à des risques sérieux, à des événements déstabilisants, qui réagissent positivement et réussissent leurs vies en les dépassant, alors que d'autres dans la même situation, perdent pied et s'enfoncent.

Faire face à une maladie fait partie de la vie de tout être humain quel que soit son âge, son sexe ou son niveau socioculturel, ainsi on remarque durant ces dernières années que les maladies chroniques sont plus fréquentes qu'avant, malgré les recherches et les travaux réalisés afin de traiter ces maladies et pourquoi pas les éliminer.

Parmi les maladies du siècle, on cite l'insuffisance rénale chronique terminale, où les malades sont obligatoirement soumis à l'hémodialyse comme traitement en attendant d'avoir une greffe rénale si elle est réalisable. En outre, l'ensemble des patients ne procède pas à ce genre de transplantation.

L'insuffisance rénale chronique terminale est une maladie qui peut-être pour chaque être humain un traumatisme et une réalité difficile à accepter. Elle entraîne des conséquences sur le plan psychologique et social de la personne, plusieurs troubles peuvent émerger chez ces patients, entre autre on peut signaler l'anxiété qui est l'un de ces états psychiques répandus chez les hémodialysés, qui peut altérer considérablement la qualité de vie.

L'amélioration de la prise en charge du patient ne correspond pas uniquement à une prise en charge somatique, mais aussi à une part psychologique qui est extrêmement importante et indissociable de la part du somatique. L'état psychique du patient, ses pensées, ses peurs relatives à son avenir, etc. participent à l'apparition des troubles anxieux qui se manifestent par : une irritabilité, un sentiment d'inquiétude, une perte de contrôle, une instabilité et un malaise, une agitation ou une incapacité à se relaxer, des difficultés de concentration, etc. qui peuvent nuire à sa santé physique. L'anxiété présente des niveaux différents qui varient entre une anxiété légère, moyenne et élevée.

Chaque personne atteinte de cette maladie, vit différemment par rapport à l'autre. La maladie, par sa gravité bouleverse la vie du patient. Certains, semblent souffrir beaucoup, d'autres moins. Ce qui est observé, c'est qu'il y a d'autres qui font face à cette épreuve douloureuse, en se basant sur plusieurs côtés; sur les mécanismes de défense, ainsi sur le plan conjugal (pour ceux qui sont mariés), familial, professionnel, amical et social en général, le bien-être du patient qu'il soit psychologique et/ou autre, ainsi que sa qualité de vie se

Introduction générale

retrouvent altérés et affectés, ces dimensions qui lui permettent de s'en sortir mieux que d'autres, d'aller au-delà du traumatisme, d'améliorer l'anxiété et la qualité de vie.

Dans notre thème porté sur « la qualité de vie chez la patient atteint d'insuffisance rénale chronique », nous avons choisi comme terrain d'étude le service d'hémodialyse situé à la clinique privée « Rameau d'Olivier » de Bejaia, qui répond aux objectifs de notre recherche. Pour réaliser cette dernière, nous avons opté pour l'approche intégrative qui sert de cadre référentiel à notre étude : la théorie psychanalytique afin de comprendre le vécu psychologique des insuffisants rénaux chroniques, ainsi que la théorie cognitivo-comportementale, afin d'expliquer les différentes pensées et cognitions des patients hémodialysés. On a investigué 12 cas d'insuffisants rénaux chroniques et on a retenu 5 cas pour l'illustration, et pour les moyens d'investigation, nous avons choisi d'utiliser l'entretien semi-directif, l'échelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété et enfin l'échelle de mesure de l'impact de la qualité de vie.

Pour enrichir et éclairer les idées que nous avons abordées précédemment, nous avons élaboré un plan de travail qui comporte les étapes suivantes :

Première partie : Théorique subdivisée en quatre chapitres qui sont comme suit :

Chapitre 1 : L'approche médicale du patient hémodialysé.

Chapitre 2 : Le vécu psychologique du patient hémodialysé.

Chapitre 3 : La qualité de vie.

Chapitre 4 : Problématique et hypothèses.

La deuxième partie ; Méthodologie subdivisée en deux chapitres qui sont comme suit :

Chapitre 5 : La démarche de la recherche et la population d'étude.

Chapitre 6 : Les techniques utilisées et leurs analyses.

La troisième partie ; Pratique subdivisée en deux chapitres qui sont comme suit :

Chapitre 7 : L'analyse des résultats.

Chapitre 8 : La discussion des hypothèses.

Enfin, on va clôturer notre recherche par une conclusion générale, dans laquelle on pose d'autres questions de perspective concernant cette catégorie, dans le but d'ouvrir le champ à d'autres recherches.

Partie

Théorique

Chapitre I

Coté Médical

De

l'insuffisance

Rénale

Introduction

Les maladies rénales sont devenues un problème de santé publique, identifiées qu'au stade final. Les conséquences sur le malade lui-même et son entourage familial, social et professionnel peuvent être vraiment sensibles. La plupart des maladies d'insuffisance rénale chronique finissent par mener à l'insuffisance rénale terminale, et malheureusement les quelques traitements existants s'avèrent efficaces qu'au ralentissement de la maladie.

1. Historique

La maladie d'hémodialyse est apparue durant la seconde moitié du 19^{ème} siècle. Graham T, met en évidence le phénomène physique de la dialyse, et utilise du parchemin végétal comme membre semi-perméable pour mettre au point les prototypes de ce qui va devenir le rein artificiel. En 1861, il parvient à faire passer l'urine contenue dans de l'urine vers l'eau au travers de cette membrane, et en profite pour inventer la dialyse.

En 1913, Abel J, teste un dispositif de dialyse des chiens. L'hirudine, le médicament qui est alors utilisé pour éviter que le sang ne coagule dans la machine se révèle trop toxique pour tenter l'expérience sur des humains. En 1923, en Allemagne, Haas G, utilise la machine de purification pour dialyser pendant 15 minutes un malade en insuffisance rénale aigüe grâce au dispositif d'Abel, avec succès.

L'héparine est découverte en 1922, mais n'est utilisée comme anticoagulant sur des humains qu'à partir des années 40 et la cellophane est commercialisée en 1927, et fournit aux chercheurs un nouveau type de membre semi-perméable d'utilisation largement plus souple sur tous les matériaux. Le premier rein artificiel fonctionnel est mis au point à Kampen, en Hollande, en 1943 par Kolff W.

2. Définition du rein

Les reins sont des organes situés dans la cavité abdominale sous le diaphragme. Ils sont très souvent au nombre de deux (rein gauche et rein droit). Ils présentent un aspect de haricot, coiffés de glandes surrénales. Leur consistance est ferme de couleur rouge sombre avec une surface lisse.

Ils pèsent entre 130 et 140 g en moyenne et ont une hauteur de 10-12 cm, une largeur de 5-6 cm et une épaisseur de 2,5-3 cm. Ils réalisent plusieurs fonctions qui sont chargées d'assurer l'excrétion urinaire, la régulation acide - base et l'équilibre des liquides.

3. Les fonctions du rein dans l'équilibre du corps

Le rein est un organe complexe qui assure plusieurs fonctions :

- La régulation des quantités d'eau dans l'organisme.
- l'élaboration de l'urine qui permet le maintien de l'équilibre entre l'eau et les électrolytes (calcium, potassium, sodium, etc.) et de l'équilibre avec les acides.
- l'élimination par les urines des déchets métaboliques du sang et des toxiques (médicaments, alcool, etc.), par exemple l'urée (résultant de la digestion des protéines) et de la créatinine (provenant de la destruction des cellules musculaires qui sont continuellement en renouvellement).
- la production et la sécrétion de trois hormones : la rénine qui joue un rôle de régulation de la tension artérielle, l'érythropoïétine qui stimule la production de globules rouges par la moelle osseuse et la vitamine D qui est nécessaire à l'absorption du calcium. (Olimer M. 2007, pp. 14-15).

4. Différentes pathologies du rein

Il arrive que les reins ne soient plus capables d'effectuer correctement leur travail. Dans ce cas les valeurs de concentrations des composantes chimiques du sang sortent des valeurs normales, de même que celle des hormones et du volume du sang. Il existe alors différents degrés d'insuffisance rénale, certaines sont stables et peu évolutives, les fonctions ne sont que peu altérées. A l'opposé, l'évolution peut être très rapide et amener le patient à la dialyse en quelques mois. Il s'agit là d'insuffisance rénale chronique terminale.

a. Les maladies rénales primitives : Elles sont strictement limitées aux reins et ya deux sortes : les néphropathies acquises et congénitales. ces dernières pouvant ne se manifester qu'a l'âge adulte ou d'une grossesse.

a.1 Les néphropathies acquises : Glomérulonéphrite chronique, néphrites, inertielles chronique, et néphropathies vasculaires.

a.2 Les néphropathies congénitales : polykystose rénale, malformation rénale (hypoplasie du rein) et syndrome d'Alport (avec sinité et atteinte oculaire).

b. Les maladies rénales au cours de la maladie générales : dans ce groupe le rein est un organe touché parmi d'autres, diabète, amylose, lupus érythémateux dissémine et myélome.

c. Définition de l'insuffisance rénale chronique : Une altération irréversible de système de filtration glomérulaire, De la fonction tubulaire et endocrine des reins. On constate une destruction du parenchyme rénal, puis des anomalies métaboliques hormonales et cliniques définissant le syndrome uranique .On mesurent l'importance d'insuffisance rénale chronique terminal (IRCT) par le calcul de la clairance de la créatinine par la formule de : Cockcroft et Gault pour les l'adulte et de Schwartz chez l'enfant.

L'insuffisance rénale chronique évolue lentement dans le stade débutant. Elle est peu symptomatique, voire silencieuse lorsque les premières symptômes apparaissant la destruction rénale, et déjà souvent importante lorsque elle devient sévère. Le retentissement viscéral, métabolique et Bryant conduit en l'absence de traitement à la mort.

La progression de l'insuffisance rénale chronique est si lents que les symptômes sont souvent imperceptibles au cours des premières années, car les reins s'adaptent et compensent leur perte de fonction. Plusieurs patients ne prennent connaissance de leur problème de santé que lorsque leurs reins opèrent à moins de 25 % de leur capacité normale. Certains symptômes non spécifiques comme la fatigue, peuvent être la seule manifestation de la maladie pendant longtemps chez les personnes à risque, le suivi est par analyses sanguines et urinaires, donc il est essentiel afin de détecter des signes annonciateurs d'insuffisance rénale. Une fois que la maladie est bien installée, les symptômes suivants peuvent se manifester :

- Enflure des pieds, des chevilles, des jambes ou des paupières;
- Douleur à la miction et diminution du volume d'urine;
- Mictions plus fréquentes;
- Urine mousseuse, trouble ou de couleur foncée;
- Hypertension artérielle;
- Fatigue et faiblesse plus marquées;
- Nausées et vomissements;
- Perte d'appétit et mauvais goût en bouche;
- Perte de poids inexplicée;
- Somnolence, ralentissement psychomoteur ;
- Troubles du sommeil;
- Douleur dans le milieu, le bas du dos ou sur les côtés du bassin;

- Contractions involontaires des muscles et crampes. (Le Grain M. et al. 1985, p. 3).

d. Les principales conséquences d'IRC : atteinte nerveuse périphérique, péricardites, hypertension artérielle, atteinte osseuse, anémie et perturbations électrolytiques sanguines.

5. Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

a. Diagnostic précoce : L'identification précoce d'IRC est importante pour donner au malade toutes ses chances de guérison. Les répercussions d'IRC, le handicap qu'elle entraîne, sa morbidité et son coût justifient un dépistage aussi tôt que possible, et l'introduction d'un traitement néphroprotecteur pour tenter de :

- Retenir l'aggravation progressive par des mesures de prévention secondaire ;
- Atténuer les conséquences (complication associées) ;
- Éviter les erreurs qui peuvent précipiter l'évolution.

Une consultation en néphrologie au tout début d'IRC est un investissement limité, les spécialistes ont là pour objectifs :

- Décider quelle enquête est appropriée, et indiquer le cas échéant, un traitement étiologique en cas de lésion réversible ;
- Effectuer un bilan multidisciplinaire avec le cas échéant l'aide du cardiologue, de l'interniste ou du gériatre ;
- Préciser d'emblée au malade des précautions indispensables, en terme de diététique, et d'emploi de certains médicaments ;
- Mettre en place un traitement néphroprotecteur d'autant plus complexe que l'IRC est avancée ;
- Informer le malade sur les signes d'alerte, les modalités du régime et du traitement, et l'évolution générale de sa maladie ;
- Fixer avec lui la fréquence de la surveillance conjointe généraliste néphrologue, et le rôle de chacun dans le suivi.

b. Information et surveillance : L'information a pour but de fournir au sujet les informations qui lui sont dues, sur son pronostic personnel et parfois familial, de façon à lui donner des éléments d'orientation pour son projet de vie, en fonction d'une maladie qui va l'accompagner plusieurs dizaines d'années. Mais elle doit

respecter son individualité. Ainsi, il est préférable d'amener le sujet à poser lui-même la question de l'opportunité d'une enquête familiale en cas de néphropathie héréditaire, plutôt que la lui présenter comme une obligation.

Les objectifs de la surveillance sont :

- Surveiller la bonne conduite, et l'observance du traitement spécifique de la néphropathie, et du traitement symptomatique protecteur;
- Prévenir les risques de décompensation aiguë (en veillant notamment aux agents néphro-toxiques);
- Déceler et prendre en charge les complications évolutives de l'IRC;
- Préparer le sujet cliniquement, et psychologiquement à une éventuelle suppléance.

c. Orientations thérapeutiques : Elles ont pour but :

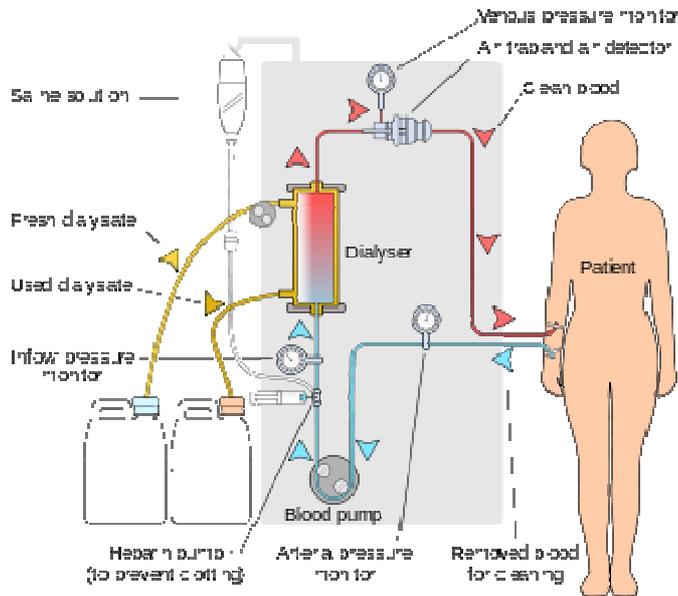
- De prévenir les désordres de l'urémie ;
- De reconnaître et corriger les facteurs de risque associés;
- De ralentir si possible le parcours de l'IRC;
- A défaut d'amener le malade à la dialyse, en prévenant ou en corrigeant au fur et à mesure, de leur apparition les complications cardiovasculaires, nutritionnelles de l'IRC. (Fourcade J. 2006, pp. 18-25).

6. Le traitement de l'insuffisance rénale chronique

a. Hémodialyse (HD): Il est possible de vivre avec 10 % des néphrons d'un seul rein, après il faut avoir recours à l'épuration extra-rénale : l'hémodialyse. Elle est aussi appelée rein artificiel, ce traitement médical a pour but de maintenir les patients atteints d'IRC dans un état clinique correct. Ils sont soumis en général à trois séances d'épuration extra-rénale par semaine de 4 heures chacune.

C'est une technique qui consiste à faire passer le sang dans un circuit extracorporel (Rein artificiel), et le restituer après avoir modifié sa composition. Deux procédés, permettent la filtration à travers une membrane semi-perméable des substances diffusibles:

- la différence de concentration de part, et d'autre de la membrane (effet osmotique).
- la différence de pression (ultrafiltration). (Ibid. 2006, p. 29).

❖ **Déroulement d'une séance d'hémodialyse (schéma d'hémodialyse)**❖ **Entre les séances, il faut maintenir un régime et prendre des médicaments.**

L'hémodialyse permet d'épurer le sang à travers une membrane artificielle qui nécessite 3 éléments :

1. **Le dialyseur ou rein artificiel** : Dans lequel il y a la membrane de dialyse sous forme de fibres creuses, ou de plaque. Dans le dialyseur, le circuit sang et le dialysat sont séparés par la membrane.
2. **Le circuit sang** : Il y a un tuyau qui amène le sang dans le dialyseur (ligne artérielle sur laquelle il y a une pompe), et un tuyau qui ramène le sang à la fistule (ligne veineuse sur laquelle il y a un piège à bulles). Ces tuyaux sont reliés à des aiguilles qui ont été piquées dans ta fistule en début de séance. Pendant la séance, le patient reçoit un traitement pour fluidifier son sang et éviter qu'il ne coagule dans le circuit. A la fin de la dialyse, on remet tout le sang qui est dans le circuit.
3. **Le dialysat** : C'est un liquide qui a une composition proche de son sang, et qui est fabriqué par une machine (générateur de dialyse). Il va circuler dans le dialyseur et va se charger petit à petit de son urée, phosphore, créatinine... La machine permet aussi de régler son débit, sa température, et elle contrôle la

quantité d'eau que le malade doit perdre (ultrafiltration). Enfin, elle surveille le bon déroulement de la séance.

- **dialyse péritonéale (DP):** Ce traitement se réalise à domicile, l'épuration du sang s'effectue grâce au péritoine, une membrane naturelle, située dans l'abdomen. La solution de dialyse est donc introduite dans la cavité péritonéale par l'intermédiaire d'un cathéter, préalablement posé au niveau de l'abdomen, lors d'une intervention chirurgicale. Le malade introduit manuellement le dialysat. La phase d'épuration du sang dure environ quatre heures. Le malade doit répéter ce cycle quatre à cinq fois par jour. Il est également possible de réaliser les échanges de manière automatique, grâce à une machine. Dans ce cas la séance dure environ 8 à 9 heures et se déroule toutes les nuits, pendant le sommeil.

- Traitement continu : 3 à 4 échanges par jour ;
- Membrane d'échange = péritoine (échange par diffusion et ultrafiltration à la faveur d'un gradient osmotique, induit par des concentrations importantes de glucose ou d'autres solutés osmotiques) ;
- Nécessite la pose d'un cathéter en milieu chirurgical ;
- Inconvénients : risque infectieux, équilibre nutritionnel (fuite protidique dans le dialysat et apport de glucose) ;
- Adaptation apport protidique : 1,2 g/kg/j ;
- Avantage : simplicité de la méthode, autonomie, maintien prolongé de la fonction rénale résiduelle ;
- Contre-indications : éventration majeure, interventions abdominales multiples, insuffisance respiratoire grave, absence de fonction rénale résiduelle (anurie). (Guebre F. 2005, p. 9).

b. Transplantation rénale : Elle constitue une vraie guérison, la transplantation constitue l'autre réponse possible au remplacement de la fonction rénale défaillante. Elle offre d'énormes avantages:

- Elle autorise la reprise de déplacements sans entraves et favorise la réinsertion professionnelle. Les sujets dialysés qui accèdent à la greffe ont le sentiment de revivre ;

- Elle entraîne un mieux être par rapport à la dialyse, car elle corrige en grande partie le trouble Urémique (clairance de la créatinine en moyenne à 60 ml/min) au lieu de l'atténuer ;
- Elle supprime l'assujettissement du sujet, de son conjoint et de ses proches à la dialyse ;
- A long terme, elle est plus économique que la dialyse. (Ibid. 2006, p32).

Conclusion

Les hémodialysés constituent une population à risque de complications infectieuses, devant la gravité de la maladie, même si la preuve médicale s'avère négative, l'épreuve thérapeutique doit être débutée. Cette étude nous a permis d'avoir des connaissances sur le coté médical de l'insuffisance rénale chronique.

Chapitre II

Vécu

Psychologique

De

l'insuffisance

Rénale

Introduction

Dans les maladies chroniques, le schéma de soins repose principalement sur la gestion du patient et de son entourage, de son traitement et bien entendu des effets psychologiques et socioprofessionnels de ces maladies.

Pour apprendre à vivre avec sa maladie, le patient fait appel à un nombre important de compétences visant le domaine des auto-soins, mais également le domaine psychosocial. Pour l'aider à mobiliser ses compétences, l'éducation thérapeutique s'avère fondamentale.

Dans cette partie, on va se focaliser plus sur le côté anxieux du malade, qui influence sur sa qualité de vie.

1. Signification psychologique des concepts

- a. **La machine** : C'est elle qui maintient les patients en vie, grâce aux tubulures que certains patients évoquent comme un cordon ombilical ; grâce à elle les produits sont injectés. Elle est perfectionnée de plus en plus au lien du temps et permet de faire des dialyses en toute sécurité. Il faut savoir qu'elle contrôle en permanence tout ce qui se passe et prévient souvent les infirmières de la nécessité de réglages à faire. Le malade habitué de ne pas s'inquiéter de toutes ces sonneries qui sont là pour éviter tout problème.
- b. **Le sang** : Prolonger la vie, et donner une chance au patient hémodialysé grâce à une machine qui filtre le sang, cet investissement du sang est comme précieux liquide qui symbolise la force vitale dont la perte constitue un danger mortel.
- c. **La dialyse** : Renvoie à la problématique de la dépendance à la machine, et suscite chez le patient diverses peurs (de la douleur, de servir de cobaye, de voir son sang à l'extérieur, de perdre son emploi, etc.).
- d. **La transplantation (greffe)** : Ravive l'attente, la culpabilité, la dette, l'angoisse liée à l'adoption d'un organe étranger, la peur du rejet, etc.

2. Les problèmes du corps et troubles divers

❖ Les problèmes du corps

- **Le corps morcelé** : En hémodialyse, voir son sang à l'extérieur du corps, et aussi la machine qu'il la considère comme le bon rein pose le problème de l'intégrité corporelle, une nouvelle dimension morcelé du corps ; c'est-à-dire qu'il y a un renversement interne et externe, le bon rein est artificiel est hors du corps, et le rein mort est à l'intérieur. Cette vision au début est souvent traumatisante et occasionne une modification de vécu corporel.

- **Le corps déformé et mutilé :** La honte est par ailleurs très présente, bras déformé, parfois de manière très impressionnante par la fistule, marques de piqûre qui peuvent évoquer la drogue, etc. Le cathéter de dialyse péritonéale peut être vécu par les patients comme une véritable mutilation, certaines femmes craignent de provoquer un dégoût chez leur conjoint.

Le cathéter est vécu par les patients comme un objet étranger à eux même, objet fragile, précieux qui a besoin de protection, qu'on n'ose pas toucher par crainte de l'abîmer.

Le patient dialysé à un profond désir d'apparaître comme tout le monde. De ce fait, la préoccupation de l'apparence peut viser à maintenir l'intégrité de soi, c'est un moyen de lutter contre les modifications de l'image du corps liées à la maladie chronique. (Tribolet S. et Shahidi M. 2005, p. 373).

❖ Troubles divers

- **Le coté relationnel :** Il y a une perte relationnelle, un retrait sur soi, le malade préfère de s'isoler du monde extérieur (il sort moins, il ne bouge plus, ne peut pas, etc.). En outre, on remarque l'inobservance des médicaments et du régime alimentaire pour quelques cas, aussi le sentiment d'être incompris par l'autre, l'entourage, les proches, les amis, etc.
- **Les troubles sexuels :** L'insuffisance rénale peut entraîner des difficultés sexuelles mais pas de façon systématique. Il existe bien d'autres causes : maladies vasculaires, hypertension artérielle, diabète, dépression, mais aussi alcoolisme, tabagisme ou la prise de médicaments tels que certains antihypertenseurs, des anxiolytiques ou des neuroleptiques. Les sources de difficultés psychologiques sont :
 - Une relation conjugale en difficulté.
 - L'inquiétude face à l'évolution de la maladie.
 - Une altération de l'estime de soi.

Chez l'homme, les difficultés pourront être traitées par un traitement médicamenteux, une heure avant le rapport sexuel, s'il n'y a pas de contre-indications médicales, par une injection dans le pénis (Papavérine ou prostaglandine) avant le rapport sexuel.

Chez la femme, les troubles trophiques qui altèrent les sécrétions de la muqueuse vaginale et rendent la pénétration douloureuse peuvent être traités par un apport hormonal médicamenteux et des crèmes lubrifiantes locales.

La psychothérapie ou la consultation de sexologie : Une écoute et des conseils de spécialistes pourront être utiles pour retrouver une activité sexuelle normale. (Olimer M. 2003, pp. 60-61).

3. Les défenses utilisées par le patient hémodialysé

- **Les défenses psychologiques** : sont souvent des défenses inconscientes utilisées par le patient, ses mécanismes diffèrent d'un cas à un autre, les plus importants sont ;
 - a. **Le déni de la réalité** : le sujet nie une partie de la réalité qui lui apporterait de l'angoisse, il consiste en un refus de la réalité d'une perception, parce qu'elle est vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi.

Certains insuffisants rénaux connaissent la réalité, mais l'autre la refuse, c'est-à-dire un certain nombre de patients, imagine que lorsque ça ira mieux on arrêtera la dialyse.

- b. **La régression** : constitue un retour plus au moins organisé et transitoire à des modes d'expression antérieurs de la pensée, des conduites ou des relations objectales, face à un danger interne ou externe susceptible de provoquer un excès d'angoisse ou de frustration.
- c. **La réduction temporo-spatiale de sa personnalité** : Le malade vit de plus en plus le moment présent, devient incapable d'anticiper le futur et de tenir compte de ses expériences passées. Il se désintéresse progressivement de ce qui ne touche pas l'immédiat. Il a également une tendance à limiter son champ spatial de déplacement; soit réellement à cause d'un handicap physique, mais également souvent du fait d'attitudes psychologiques de repli qui font que le patient reste dans son fauteuil, dans son lit, etc.
- d. **L'acceptation** : Le patient redéfinit ses nouvelles limites, et de ce qui lui reste, il va tenter de tirer un maximum pour retrouver un goût et un sens à la vie. Cette phase n'est généralement atteinte qu'après plusieurs années de stabilité en dialyse.
- e. **La colère** : Lorsqu'il n'est plus possible de nier l'évidence. Le mécanisme de défense mis en route par le patient, est alors un mécanisme de projection : il répercute son agressivité vis à vis de la maladie, sur une tierce personne.

- f. **Le marchandage** : Le patient essaye d'adoucir la dure réalité, en se convainquant que la situation n'est que transitoire (lorsqu'une possibilité de greffe existe), que d'autres patients sont dans un pire état, etc.

Différents mécanismes de défense peuvent alors se mettre en place : l'identification à l'agresseur (il tente de prendre en main son traitement pour récupérer la puissance et la maîtrise de son corps), l'obsessionnalisation (ritualisation du régime, des séances de dialyse). (Radermacher L. 2004, p. 111).

- **Les défenses somatiques** : Les troubles fonctionnels de type fatigue, insomnie, etc. La voie du corps est utilisée de manière préférentielle. (Becker D. et al. 1978, pp. 257-266).

4. Les difficultés psychologiques : Parmi les difficultés psychologiques, les plus fréquentes chez les patients hémodialysés on cite : l'anxiété et la dépression.

4.1 L'anxiété

4.1.1 Définition de l'anxiété

- « état émotionnel désagréable ou une condition de l'organisme humain qui inclut des composantes vécues physiologiques et comportementales ». (Spielberger C-D. 1993, p. 7).
- « L'anxiété a été considérée comme une émotion caractérisée par l'ambiguïté (de l'information disponible) ou l'incertitude (l'état psychologique conséquent) ». (Graziani P. 2003, p. 26).

4.1.2 Les types d'anxiété

- **Trouble de panique avec ou sans agoraphobie**

Le trouble de panique se traduit par des crises de panique récurrentes et inattendues (palpitations, sueurs, tremblements) suivies d'une période d'un mois dans laquelle on craint constamment d'avoir une autre crise de panique.

Les crises de panique peuvent s'accompagner d'agoraphobie (pris d'une détresse marquée dans des situations précises comme se trouver en dehors de chez soi, seul ; être au milieu d'une foule ou dans une file d'attente).

- **Phobies spécifiques**

Une phobie spécifique est une crainte marquée et persistante d'un objet ou d'une situation clairement perceptible ou circonscrite. Il y a cinq sous-types: les phobies ayant trait aux animaux, les phobies ayant trait au milieu naturel, les phobies ayant trait au

sang, aux injections et aux blessures, les phobies associées à certaines situations, et les autres types de phobies, comme la peur de s'étouffer ou de vomir.

- **Phobies sociales**

Une phobie sociale est une crainte marquée et persistante des situations sociales et des situations où il faut agir en public et où on risque de se sentir gêné. La peur peut être associée à la plupart des situations où il faut agir en public ou se trouver en présence de d'autres personnes.

- **Trouble obsessionnel compulsif (TOC)**

Le TOC se manifeste par la présence d'obsessions récurrentes ou de compulsions suffisamment accaparantes pour occasionner un profond trouble ou un dysfonctionnement.

Les obsessions prennent la forme de pensées, d'impulsions ou d'images perturbatrices qui s'imposent sans cesse à la conscience. Les compulsions sont des comportements ou des rituels qu'adopte la personne pour tenter d'éliminer ses pensées obsessionnelles.

- **Trouble de stress aigu**

Le trouble de stress aigu peut se manifester après qu'une personne ait vécu un ou plusieurs événements marqués par un décès, une blessure grave, ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui, après qu'elle ait été témoin de tels événements ou après qu'elle y ait été confrontée.

Le trouble se manifeste dans le mois qui suit l'événement traumatisant. Les souvenirs troublants de l'événement, peuvent causer une réaction émotionnelle et donner l'impression de revivre l'événement.

- **Syndrome de stress post-traumatique**

Ce syndrome se manifeste par des symptômes caractéristiques à la suite d'une exposition à un agent extrême. La réaction à l'événement doit être une peur intense ou un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Les symptômes se manifestent dans les trois mois qui suivent le traumatisme. Dans certains cas, il peut s'écouler des mois, voire des années, avant que les symptômes n'apparaissent. Des souvenirs perturbateurs, des cauchemars et des flash-back font revivre constamment l'événement traumatisant.

- **Trouble d'anxiété généralisée**

Le trouble d'anxiété généralisée se manifeste par une angoisse et une inquiétude excessive présente la plupart des jours, pendant une période d'au moins six mois, et qui

portent sur divers événements ou activités. L'inscription se caractérise par une difficulté à maîtriser l'inquiétude. (Varma D. 2010, pp. 8-15).

4.1.3 Les causes de l'anxiété

On ne sait pas exactement ce qui déclenche un trouble anxieux chez certaines personnes. Les recherches laissent croire que plusieurs facteurs sont en cause :

1. Les facteurs psychologiques : Les principales écoles de pensée qui tentent d'expliquer les influences psychologiques sur les troubles anxieux sont :

- **La théorie cognitive**

Le danger fait partie de la vie, notre évolution génétique fait en sorte que pour nous protéger, nous ayons conscience de la menace. La théorie cognitive laisse entendre que les personnes qui présentent un trouble anxieux, ont tendance à surestimer le danger et ses conséquences potentielles. C'est ce qu'on appelle la pensée catastrophe.

- **La théorie comportementale**

La théorie comportementale laisse entendre qu'on apprend à associer la peur ressentie lors d'un événement stressant de la vie à certains signaux. Lorsque ces signaux se manifestent à nouveau, ils réactivent la peur automatiquement, d'une manière immédiate et qui ne peut être maîtrisée de façon consciente.

Les signaux peuvent être internes ou externes :

Les signaux internes, comme l'accélération du rythme cardiaque, peuvent aussi susciter la peur chez une personne si son cœur battait plus vite lorsqu'elle a été confrontée à la menace.

Un signal externe peut être une certaine odeur qui s'était dégagée lors de l'événement stressant. En sentant à nouveau cette odeur, même dans une situation sans danger, la personne se rappelle l'événement.

- **La théorie psychanalytique**

Dans les premiers textes de Freud, description clinique et réflexion psychopathologique vont de pair. Il décrit en 1895 un tableau clinique appelé névrose d'angoisse dont la description symptomatique recouvre assez étroitement les différentes entités répertoriées dans le chapitre des troubles anxieux du DSM-IV (Freud, 1895). En particulier, il décrit minutieusement l'état de tension irritable typique de l'anxiété généralisée, les accès d'angoisse avec son cortège de symptômes somatiques caractéristiques du trouble

panique, y compris le réveil nocturne dans l'effroi, ainsi que les différentes phobies spécifiques et phobies associées à la locomotion, ou agoraphobie.

Par la suite, la psychanalyse s'appuie sur cette réflexion psychopathologique pour construire ce qui va devenir la métapsychologie et dans le domaine qui nous intéresse, une théorie générale de l'angoisse. La première théorie de l'angoisse oppose les névroses actuelles, provoquées par des problèmes que les patients rencontraient dans leur vie (sexuelle) de tous les jours, aux psychonévroses de transfert dont le déterminisme était imputé à des conflits sexuels d'origine infantile. Dans la deuxième théorie de l'angoisse, Freud renverse sa conception concernant la production des symptômes anxieux, en situant l'angoisse à la base du mécanisme de refoulement, et non comme une conséquence de celui-ci. De petites quantités d'affects anxieux, désignés sous l'appellation d'angoisse-signal, seraient produites en réaction à des idées ou à des désirs libidinaux ou agressifs inconscients, dans le but de mobiliser les défenses de l'appareil psychique, en particulier le refoulement, pour se protéger de ces idées ou de ces désirs menaçants. (Thierry C. et al. 2004, p. 82).

2. Les facteurs biologiques : Comprennent :

- **Régulation de l'activité chimique du cerveau :** Des recherches ont démontré qu'il existe un lien entre l'angoisse et une régulation inadéquate de divers neurotransmetteurs les messagers chimiques du cerveau qui transmettent les signaux entre les cellules. Trois principaux neurotransmetteurs, ont une incidence sur l'angoisse : la sérotonine, la noradrénaline et l'acide gamma-aminobutyrique (gaba).
- **Modification de l'activité cérébrale :** Les techniques modernes d'imagerie du cerveau ont permis aux chercheurs d'étudier l'activité de zones précises du cerveau des personnes ayant des troubles anxieux.

3. Les facteurs héréditaires

Des recherches scientifiques ont confirmé que les facteurs héréditaires jouent un rôle dans l'apparition des troubles anxieux. Dans ce cadre là, près de la moitié des personnes concernées par ces troubles ont au moins un parent qui est également touché par ce trouble.

4. Les facteurs médicaux

La consommation d'alcool ou d'autres drogues peut entraîner l'apparition de symptômes d'angoisse, que ce soit pendant l'effet de drogue ou après. Les substances les plus souvent associées aux symptômes de l'anxiété généralisée ou de la panique sont les stimulants,

notamment la caféine, les drogues illicites comme la cocaïne, et les médicaments sur ordonnance comme le méthylphénidate.

5. Les troubles psychiatriques

Les personnes ayant un autre trouble psychiatrique éprouvent des symptômes d'angoisse. Parfois, ce sont les symptômes de l'autre trouble, comme la dépression ou la psychose, qui intensifient l'angoisse. Dans un tel cas, il se peut qu'on ne diagnostique pas un trouble anxieux.

6. Autres facteurs

Des études ont démontré que les personnes qui sont anxieuses ont tendance à respirer de façon irrégulière: elles alternent entre l'hyperventilation et l'apnée. Cette façon de respirer entraîne l'apparition d'autres symptômes (étourdissements et possibilité d'évanouissement) et augmente l'angoisse. Les techniques de rééducation fonctionnelle de la respiration peuvent aider ces personnes à composer avec les symptômes d'angoisse qui les dirigent. (Untas. et al. 2009, pp. 16-22).

4.1.4 Traitement de l'anxiété

1. Thérapie cognitivo-comportementale : C'est une méthode de traitement brève axée sur les problèmes. En règle générale, elle consiste à une série de 12 à 15 séances d'une durée d'une heure. Lors des premières séances, la personne ayant un trouble anxieux tente, avec l'aide du thérapeute, de comprendre ses problèmes. On évalue ses symptômes d'angoisse à l'aide d'un cadre, puis on fixe les objectifs de la thérapie et les tâches à accomplir pour l'aider à développer des compétences qui atténueront les symptômes d'angoisse. À mesure que les symptômes s'atténuent, le thérapeute met l'accent sur les questions sous-jacentes qui risquent de provoquer une rechute, de faire réapparaître les symptômes.

Les tâches à accomplir entre les séances peuvent être les suivantes : faire face, seul, à une situation qui fait peur ; prendre note de ses pensées et de ses sentiments lors de diverses situations angoissantes ou lire des documents d'information. Dans bien des cas, après le traitement, le thérapeute continue les consultations, moins souvent, pour des séances de rappel. (La Douceur R. et al. 1999, p. 7).

2. La thérapie psychanalytique : Les approches psychanalytiques arrivent en deuxième ligne dans les recommandations actuelles concernant la prise en charge des troubles anxieux. Ce constat est justifié par le manque d'études contrôlées pour ces traitements, ainsi qu'en raison d'une adaptation plus tardive de la psychanalyse aux tendances contemporaines, de la psychopathologie et de la psychothérapie centrées sur le symptôme. Un tel exemple

d'adaptation est le développement récent d'une psychothérapie psychodynamique focalisée sur le trouble de panique (PFPP) pour déterminer la manière d'aborder le travail psychothérapique, pour définir ses objectifs ou pour évaluer les résultats du traitement. Les psychanalystes se focalisent plus volontiers sur la conflictualité intrapsychique, les mécanismes de défense ou la levée du refoulement ainsi qu'une description de la manière de prendre en compte ces facteurs dans une psychothérapie psychanalytique. Le transfert est en particulier considéré comme un outil central de compréhension et d'action thérapeutique

Les différentes étapes de la PFPP sont décrites en trois phases :

1. La première, centrée sur la symptomatologie panique, vise à mettre en évidence la signification inconsciente des symptômes, au moyen d'une investigation du contexte dans lequel les symptômes sont apparus et des sentiments qui prévalaient à ce moment, d'une recherche de la signification personnelle donnée aux symptômes, et enfin d'une exploration des sentiments et du contenu des épisodes d'attaque de panique à proprement dit. Le thérapeute peut alors progressivement formuler à son client diverses interprétations des conflits sous-tendant l'apparition du trouble.
2. La seconde phase du traitement vise à diminuer la vulnérabilité du sujet à la récurrence des attaques de panique. Le thérapeute approfondit avec son client l'exploration des conflits à même de déclencher une attaque de panique, à mesure qu'ils se réactualisent dans le transfert.
3. La dernière partie est réservée à une élaboration de la séparation, thématique conflictuelle centrale chez ces sujets. La limitation temporelle du traitement permet un travail fécond de cette thématique. Quelques objectifs et écueils des débuts de prise en charge sont abordés, comme par exemple le développement de l'alliance thérapeutique, la motivation et la capacité du patient à s'engager dans un processus psychodynamique, ou la résistance au traitement liée à l'humiliation de présenter des symptômes incontrôlables, les mécanismes de défense les plus souvent à l'œuvre du tableau symptomatique comme la formation réactionnelle, l'annulation rétroactive, la somatisation et l'externalisation.

L'élaboration de ces phénomènes transférentiels, qui peuvent s'accompagner de manifestations anxieuses paroxystiques, permet au sujet de mieux comprendre ses fantasmes et ses conflits, de les relier à ses symptômes, ce qui a des effets

thérapeutiques et diminue la vulnérabilité à la rechute. (Thierry C. et al. 2004, pp. 81-92).

3. Médication : Des recherches ont démontré que, dans bien des cas, les médicaments ayant une incidence sur divers neurotransmetteurs, particulièrement la sérotonine, la noradrénaline et l'acide gamma-aminobutyrique (gaba), ont des effets bénéfiques sur les personnes ayant des troubles anxieux. Ces médicaments peuvent atténuer les symptômes.

Les principaux médicaments utilisés pour traiter l'anxiété sont les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (isrs), les inhibiteurs du recaptage de la noradrénaline et de la sérotonine (irns) et les benzodiazépines. Les ISRS et les IRNS font partie de la catégorie de médicaments appelée antidépresseurs, qui sont prescrits couramment pour traiter l'anxiété et la dépression. Les benzodiazépines appartiennent à la catégorie des sédatifs et sont généralement utilisés pour traiter l'anxiété ou l'insomnie.

4. Thérapies par les plantes : Un grand nombre de plantes semblent avoir un effet sur l'humeur et la santé mentale. Bien que plusieurs plantes puissent contenir des ingrédients actifs qui peuvent soulager divers symptômes, leur efficacité n'a pas été mise à l'essai. Les produits à base de plantes peuvent avoir des effets indésirables et causer des interactions toxiques avec des médicaments. Si le patient envisage de prendre des plantes médicinales, il doit en parler à son médecin et passer en revue les médicaments qu'il prend. (Graziani P. 2003, pp. 26-35).

4.2 La dépression : Inhérente aux phases de l'acceptation de la maladie rénale et de la dialyse, la dépression peut se prolonger et devenir pathologique. Elle est alors très souvent favorisée par d'autres problèmes médicaux, familiaux et financiers. Il s'agit donc d'une dépression réactionnelle dont les conséquences peuvent être graves et même conduire au décès :

- Apathie, asthénie, sédentarisme, amyotrophie et maladies cardiovasculaires ;
- Anorexie et dénutrition-Boulimie ;
- Non complaisance thérapeutique et diététique;
- Toxicomanie médicamenteuse (barbituriques, benzodiazépines et autres somnifères, etc.), éthylique, tabagique, narcotique, etc ;
- Insomnies ;
- Suicide sous toutes ses formes, en particulier pour les dialysés, l'arrêt spontané du traitement dialytique, la consommation volontaire d'aliments riches en potassium, et la rupture volontaire de la voie d'abord vasculaire.

Le traitement de la dépression passe d'abord par une psychothérapie qui vise à aider et à surmonter les contraintes, et par les drogues antidépresseives sauf les Inhibiteur de la mono-amino-oxydase (IMAO). Les anxiolytiques et les somnifères peuvent être respectivement utiles en cas d'angoisses et d'insomnies. Il faudra cependant se préserver d'induire l'une ou l'autre toxicomanie.

Devant une psychose maniaco-dépressive, la prescription de lithium peut être envisagée, en veillant à adapter la posologie tout en conseillant une prise après dialyse, le lithium étant fortement dialysé. (Radermacher L. 2004, pp. 113-114).

5. Les complications distinguées par la famille du patient

Ces problèmes là ont bouleversé les membres de la famille ou celle des proches :

- Elle peut avoir, en raison d'un arrêt de travail, des retentissements économiques auxquelles il faut faire face ;
- Elle entraîne des changements de l'organisation quotidienne en raison de déplacements fréquents, et oblige parfois de modifier ses habitudes alimentaires ;
- Elle entraîne des frustrations lorsque la maladie mobilise toute la famille mêlée d'un sentiment de culpabilité.

Par ailleurs, les proches sont victimes de leurs propres angoisses, la peur de l'avenir, sentiment d'impuissance et de malaise. Pour réduire leurs tensions émotionnelles, ils ont tentés d'avoir recours au non-dit, à la banalisation, etc. (Cupa D. 2002, p. 14).

6. Les relations avec l'équipe soignante et leur rôle

Les soignants vont prendre une place plus importante dans la vie du patient, et par conséquent, dans celle de sa famille. Cela peut parfois être perçu comme envahissant ou au contraire comme sécurisant. Une connivence, voire une relation d'amitié entre les malades et les soignants pourra voir le jour.

Après la greffe, les consultations auprès de l'équipe s'espacent peu à peu et se font le plus souvent en alternance avec des consultations auprès du néphrologue qui suivait le patient avant la greffe. Le suivi biologique, lui, restera plus fréquent, au moins une fois par mois. Tout au long du parcours de soin, le patient pourra rencontrer les différents acteurs de santé :

- **Le médecin généraliste** : C'est lui qui va orienter le patient vers un néphrologue conformément au parcours de soins coordonné.

- **Le néphrologue** : C'est le spécialiste des maladies des reins. Il va suivre la personne malade tout au long de sa maladie rénale.
- **Le chirurgien urologue** : C'est le médecin qui procédera à la greffe du rein.
- **Le diététicien** : Il accompagne le patient dans l'élaboration de menus adaptés aux contraintes de l'insuffisance rénale.
- **L'infirmier(e) ou l'aide soignant** : Il assiste le malade tout au long de son parcours. Il est habilité à pratiquer les actes suivants : soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin: Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échange plasmatique.
- **Le psychologue** : A un moment ou à un autre, patient comme accompagnant peuvent être amenés à consulter un psychologue afin d'être aidé ou tout simplement pour prendre du recul. Le psychologue peut proposer une aide personnalisée, soit auprès de patients hospitalisés, soit auprès de patients venant en ambulatoire. Dans ce dernier cas, la prise en charge psychologique peut être soit ponctuelle, soit révéler le besoin d'un suivi à plus ou moins long terme. Il peut également s'agir d'un bilan durant une séance, pour orienter le patient vers différents types de soutien-psy extérieurs à l'hôpital (psychiatres, psychologues de ville, centres médicaux-psychologiques, etc.).

Les équipes soignantes ont également besoin d'être écoutées et soutenues dans leur travail quotidien, souvent marqué par des vécus d'impuissance, de vulnérabilité ou d'épuisement... Le psychologue peut ainsi apporter son soutien à des soignants désemparés devant la souffrance morale de leurs patients. Le psychologue a pour rôle :

- De participer à la mise en place et à l'animation d'ateliers dans le cadre du projet d'accompagnement (groupes de parole, ateliers estime de soi, etc.) ;
- De répondre à la demande d'un soignant pratiquant qui a perçu un besoin de prise en charge psychologique pour le patient ;
- D'aider à la coordination du projet du service ;
- D'évaluer si les demandes exprimées relèvent d'abord d'un besoin d'accompagnement ou d'un besoin de prise en charge psychologique ;

- De conduire des actions de recherche (sur le vécu de la première séance d'hémodialyse, la perception des besoins), et en partager et soumettre les résultats à la communauté scientifique. (La FNAIR.1972, p. 25).

Conclusion

Les troubles psychologiques sont plus fréquents chez les sujets présentant une maladie sévère comme l'insuffisance rénale, ces patients sont représentés dans le grand public, d'une charge symbolique, de douleur morale, de honte, de malheureux et d'une image déficitaire remarquable.

Le trouble d'anxiété est autant de paramètres mesurables qui altèrent la qualité de vie du patient hémodialysé. Et cette dernière peut être nettement améliorée par une meilleure prise en charge pluridisciplinaire incluant même l'apport d'un environnement familial positif.

Chapitre III

La qualité de

vie

Introduction

La qualité de vie est un concept très vaste qui peut être défini de nombreuses façons, et pourrait comprendre aussi bien les niveaux de relation, que les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé, etc. Il est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs psychologiques, liés à la santé, sociaux, environnementaux, économiques et politiques.

1. Historique du concept de qualité de vie

Le concept de qualité de vie n'est pas nouveau, historiquement et de manière schématique, quatre approches sont envisagées: philosophique, psychosociologique, médicale et politique. Nous allons brièvement résumer ces différentes approches. On s'intéressera plus à deux approches : psychosociale et médicale qui semblent utiles pour notre recherche.

1.1 L'approche philosophique

Pendant des siècles, les philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Epicure se sont penchés sur la notion du bonheur : Qu'est-il ? Peut-on l'atteindre ? Comment ? Et devant la divergence des opinions sur le bonheur, certains le réduisent au plaisir (Kant), d'autres aux honneurs.

Apparaît ensuite la notion de plaisir, plus accessible que celle du bonheur. Donc quel est le rapport entre bonheur, désir et plaisir ? C'est à travers Schopenhauer, que nous trouverons une réponse dans la mesure où il affirme que le bonheur n'est ni positif, ni réel : il n'est que l'absence de la souffrance. Or le désir s'abolit dans sa satisfaction, et le bonheur se perd dans ce plaisir. Par rapport au bonheur qui est négatif et au désir qui est négatif puisqu'ils sont en manque, le plaisir est donc positif, réel et nous pousse à vivre.

Pour Epicure et Spinoza, le plaisir se situe avant le bonheur, donc ce n'est pas du bonheur qu'il faut partir, mais bien du plaisir : plaisir du corps (la jouissance), plaisir de l'âme (la joie). Ces notions ont conduit à celle de bien-être, et à ce que le bonheur, le plaisir et le désir font partie intégrante de la qualité de vie.

1.2 L'approche psychosociologique

Contrairement aux philosophes, les psychosociologues ne sont pas préoccupés de la vérité sur la qualité de vie, mais de la vérité de chacun sur la qualité de vie. Donc ce qui les intéresse, c'est l'évaluation du niveau de qualité de vie d'une population.

Les sociologues ont défini les notions de bonheur, de bien être psychologique, de satisfaction de la vie, d'adaptation sociale et enfin de la qualité de vie. Ils se sont particulièrement intéressés aux composantes affectives et cognitives du bonheur et de bien-être, et aux facteurs internes (notion de but et sens de vie, sentiment d'efficacité personnelle, relations sociales, estime de soi, besoin, désir, etc.), et externe (aspect sociodémographique, événements de vie, soutien social). Cependant, les sociologues ont négligés la composante comportementale, alors que la psychologie expérimentale s'y intéresse à travers le concept d'aptitude, qui a été par la suite repris par les sociologues pour définir le terme de qualité de vie. Il permet une exploration du niveau de stress, des motivations, de la satisfaction des buts de vie, de la qualité des relations sociales et familiales.

1.3 L'approche médicale

La qualité de vie en médecine et plus particulièrement en psychiatrie : Les psychiatres vont alors dénoncer les sorties massives des hôpitaux psychiatriques à partir du moment où la désinstitutionnalisation attachait peu d'importance à l'avis des patients, et ne se préoccupait pas de leurs conditions de vie à l'extérieur. Cependant, nous pouvons observer que les études sur la qualité de vie apparaîtront plus tardivement dans les pays anglo-saxons, puis scandinaves et enfin dans le reste de l'Europe.

En 1947, l'organisation mondiale de la santé (OMS) donne une définition de la santé qui reste cependant proche de celle de bien-être, et en 1948, Panofsky propose une échelle de performance corrélée avec le bien-être psychologique, et le fonctionnement social. Suivi en 1963 par Katz, notons que ces deux auteurs ont surtout eu le mérite de faire évaluer les mentalités en médecine. Ils ont montré l'importance d'évaluer des fonctions et des handicaps aussi bien physiques que psychiques, sans les dissocier de leur contexte, c'est-à-dire dans la vie de tous les jours.

Aussi, le concept de la qualité de vie est très répandu dans le domaine médical. Les échelles évaluant la qualité de vie sont abondantes, elles représentent un outil clinique à part entière à condition qu'elle soit couplée à d'autres instruments cliniques validés.

1.4 L'approche politique

La notion de qualité de vie n'est pas individuelle mais collective. Nous pouvons retenir des noms comme Henri en France, Hoover, Johnson aux Etats-Unis et bien d'autres qui traitent déjà de la qualité de vie. Notons que Jefferson demanda, dès

l'élaboration de la constitution des Etats-Unis que le droit au bonheur figure parmi les droits inaliénables des citoyens américains. Plus tard, dans les années 1960 nous pouvons observer un intérêt, et une préoccupation grandissante, et quasiment omniprésente pour l'amélioration de qualité de vie. (Fischer G-N. 2002, pp. 282-286).

2. Définitions

- a. **Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) 1993** : « la qualité de vie comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses croyances personnelles, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ».
- b. **Selon Chwalow. J, 1996** : « la qualité de vie concerne l'ajustement à la maladie dans la vie quotidienne. A travers cela, nous dépassons le champ somatique afin d'intégrer l'ensemble de ce que vit le sujet. Il est capital de ne pas limiter la qualité de vie à la santé. Les évaluations du niveau de santé et de la qualité de vie sont deux évaluations complémentaires, mais de nature et de méthodologie fondamentales différentes».
- c. **Selon Rosenbltt F. et Attkisson. 1990** : « S'accordent à dire qu'une étude sur la qualité de vie devrait permettre au moins d'évaluer cinq aspects de la vie d'un individu, soit les dimensions biologique, psychologique, interpersonnelle, sociale et économique ».

3. La qualité de vie liée à la santé

« Au sens large : Aspects qualitatifs de la vie liés à l'état de santé d'une personne. Et dans un sens restreint : perception subjective par un malade de son état physique, émotionnel et social au regard des effets de la maladie, et des traitements ». (Fischer G-N. et Tarquinio C. 2006, p. 161). Elle renvoie aux aspects de la qualité de vie ou du fonctionnement qui sont tributaires de l'état de santé de la personne.

Le terme de la qualité de vie liée à la santé fut inventé pour justifier l'utilisation des mesures disponibles en changeant leur nom (qualité de vie liée à la santé). Il implique que l'on puisse analyser la qualité de vie dans ses composantes liées ou non à la santé. Cette

perspective tient compte de l'interconnexion qui rend peu vraisemblable le projet de mesurer la qualité de vie liée à la santé. Nous pouvons le rapprocher de la citation de l'OMS 1948 : « la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais un état complet de bien-être physique, mental et social ». Cette citation a été complétée en 1986 par les éléments suivants :

- La santé est une ressource de la vie quotidienne et non un but de la vie.
- La santé c'est ce que permet à un groupe ou un individu d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part d'évoluer avec le milieu ou de s'adapter à celui-ci.

Pour Patrick. P et Erickson. E-H, 1993 : la qualité de vie liée à la santé « est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, de niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé ». Pour la plupart des auteurs, la qualité de vie liée à la santé présente un caractère multidimensionnel, quatre dimensions principales explorant :

- L'état physique du sujet (autonomie, capacité physique) ;
- Ses sensations somatiques (symptôme, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleurs) ;
- Son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression) ;
- Ses relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel.

Pour Bergner. M, 1989 : les principaux domaines de qualité de vie sont :

- Les symptômes ;
- Le statut fonctionnel ;
- Les activités liées au rôle social ;
- Le fonctionnement social ;
- La cognition ;
- Le sommeil et le repos ;
- L'énergie et la vitalité ;
- L'état ou le statut émotionnel ;
- La perception de la santé ;
- Et enfin la satisfaction générale à l'égard de la vie.

Pour Hodge. J, 1990; Les instruments actuels peuvent apparaître comme ne prenant pas suffisamment en compte, la complexité de l'expérience humaine, qui reste pourtant le centre d'intérêt principal des médecins et des patients. A ce type de démarche doit être opposée une autre approche, plus soucieuse de l'expérience des sujets, qui nous aide à comprendre comment une réalité apparemment insupportable peut parfois être une source positive de bien-être et de qualité de vie. (Leplege A. et Coste J. 2001, pp. 20-21).

4. Les approches de la qualité de vie

Au premier temps, nous distinguerons la qualité de vie d'un point de vue collectif et individuel. Puis nous définirons à partir de cette distinction la qualité de vie subjective et objective et à la fin la mesure intégrative. Les auteurs s'accordent à penser que collectivement, l'idée de qualité de vie est liée à l'environnement économique, social et politique, ainsi qu'au milieu naturel dans lequel vit la personne. Mais individuellement, la qualité de vie c'est aussi l'idée qu'il existe pour tout qui poursuit son projet de vie un jugement sur la qualité de sa vie. Donc ici il s'agit de quelque chose de personnel, et de subjectivité. Deux écoles vont opposer :

- **Pour la première école :** la qualité de vie relève du sujet, qu'elle ne peut être approchée qu'à travers son histoire dans le cadre d'une relation duelle, où l'inconscient joue un rôle prépondérant.
- **Pour la seconde tendance :** la qualité de vie est définie par l'écart entre les idéaux, et les objectifs de la personne, et la situation présente.

4.1 Les mesures subjectives de la qualité de vie : Renvoient aux items ou aux échelles, qui ont pour objectif de déterminer la façon dont un individu évalue les répercussions de la maladie sur son fonctionnement physique, social et affectif, ou dans quelle mesure il est satisfait ces différentes expériences de vie. Cette démarche diffère de l'évaluation objective, car il s'agit d'une appréciation vécue. Pedinielli J-L, explique que la subjectivité peut être divisée en deux niveaux :

- Un premier niveau, intègre dans les échelles la satisfaction, les émotions, le jugement, l'appréciation personnelle.
- Et en second niveau, comportant l'impact de subjectivité sur l'évaluation de la qualité de vie.

En accord avec Millat 1996, la qualité de vie peut être regardée comme la perception subjective, qu'à un individu de son état physique (fonctionnement organique), émotionnel (état psychique), et social (aptitude à engager des relations avec autrui). Et pour Pavot et Diner 1993, les mesures subjectives renvoient de façon globale à la notion de bien-être, ainsi qu'à la prise en compte des dimensions affectives et cognitives.

4.2 Les mesures objectives de la qualité de vie : Renvoient aux items ou échelles, qui visent à déterminer le nombre, ou l'intensité d'expérience observable dans la vie d'une personne. Notons que certains types d'expérience (le fonctionnement physique, les conditions de logement, la situation financière, le soutien social) font nécessairement partie de la qualité de vie, et que de mesures de telles expériences sont des indicateurs directs de celle-ci. Par ailleurs, la satisfaction objective des besoins ne conduit pas nécessairement une meilleure satisfaction de la qualité de vie. Ainsi, la modification des éléments objectifs qui supposant une amélioration de la qualité de vie mesurée pourrait être en décalage avec la représentation que la personne s'en fait. (Fischer G-N. 2002, pp. 286-288).

4.3 La mesure intégrative de la qualité de vie : On la trouve dans la littérature de l'OMS : « la qualité de vie est un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses croyances personnelles, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ».

Donc la qualité de vie prend au moins trois dimensions : physique, psychologique et sociale. De plus en plus, les dimensions économiques, matérielles et spirituelles sont aussi prises en compte. Elles sont souvent évaluées à deux niveaux : le niveau de fonctionnement du sujet, ainsi que sa satisfaction par rapport à ce niveau de fonctionnement. (Sophie L. 2009, p. 25). L'intérêt de la définition de qualité de vie en mesure intégrative est :

- Prendre à la fois les composantes externes et internes ;
- Evaluer la qualité de vie selon plusieurs points de vue ;
- Considérer les interactions dynamiques entre les composantes de la qualité de vie. (Schweitzer M. 2002, p. 51).

5. Les domaines de la qualité de vie

Les auteurs s'accordent aujourd'hui, même dans le milieu médical à reconnaître que la qualité de vie : est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs domaines

(physique, mental, les activités sociales et les relations, etc.). Ces dimensions doivent être évaluées selon plusieurs points de vue et critères :

5.1 Le domaine psychologique de la qualité de vie

Pour la plupart des auteurs de ce domaine comprend des émotions, et des états positifs. Par contre d'autres auteurs incluent l'absence d'affects négatifs comme l'anxiété, et la dépression. Ainsi quelques auteurs qui se situent à l'intérieur de ce domaine, c'est-à-dire des notions dynamiques comme le développement personnel et la réalisation de soi.

Ce domaine est plus vaste, car il inclut certains processus cognitifs comme la satisfaction de la vie. Pour cela tout les troubles fonctionnels psychologiques du sujet comme la mémoire, la concentration, etc. Peuvent être induit par l'état de santé du sujet par le traitement qu'il subit, sont à considérer comme dimension psychologique.

Enfin, le meilleur moyen pour explorer cette dimension, est la technique d'auto évaluation, d'autres méthodes peuvent être utiles comme les tests qui permettent d'évaluer les détériorations, ou l'efficacité de la capacité mentale.

5.2 Le domaine physique da la qualité de vie

Il comprend plusieurs aspects de la santé, dont les principaux sont la santé physique et les capacités fonctionnelles, qui se divisent à leur tour en composante plus fine. Ainsi elle inclut l'énergie, les douleurs, le repos, les symptômes et divers indicateurs biologiques. Et les capacités fonctionnelles concernent le statut fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes qu'il peut accomplir, et sa relative autonomie.

L'évaluation de ces deux aspects physique, se fait selon deux points de vue : soit externe (objective) : consiste à évaluer le plus objectivement possible les aspects par un médecin ou soignant, soit interne (subjective) : seulement accessible par le patient lui-même (autoévaluation), pour accéder aux vécu et représentations cachés.

5.3 Le domaine social de la qualité de vie

Il intègre les relations, les activités, les rapports à l'environnement social, amical et professionnel. Souvent un soutien social est perçu en termes de disponibilité et de satisfaction, en conséquence le fonctionnement social sera optimal dans les différentes sphères. Il existe de nombreuses échelles qui évaluent la santé sociale, c'est le cas d'échelles large comme WOQOL à 100items explore six dimensions de la qualité de vie sont : physique, psychique, environnement, relation sociale, autonomie et spirituelle. (Schweitzer M B. 2002, pp. 53-75).

6. L'évaluation de la qualité de vie

Dans le domaine de la santé, la mesure de la qualité de vie s'adresse plus particulièrement aux sujets en souffrance physique et psychique. Cette mesure suppose une prise de conscience, par l'équipe soignante de l'échec relatif des hétéro-évaluations conventionnelles, et de rôle actif du patient dans la prise en considération de son vécu subjectif.

6.1 Les différents enjeux liés aux mesures de la qualité de vie : Il existe différentes situations cliniques dans lesquelles les études de la qualité de vie sont préconisées. Les spécialistes de ce domaine ont répertorié un certain nombre :

- Des études ayant pour objectif essentiel le contrôle des symptômes, tels que la douleur, les nausées/vomissements ou la détresse psychologique ;
- Les études où la qualité de vie ne peut être qu'un objectif à court terme car la prolongation de la survie n'est pas envisagée de façon réaliste ;
- Des études randomisées dans lesquelles il n'est pas possible de dégager une différence statistiquement significative en terme de survie, et où autres éléments de comparaison, à savoir la qualité de vie et le rapport coût/efficacité ;
- L'évaluation de la qualité de vie subjective permet d'analyser plus finement les effets secondaires des traitements, et permet de cibler les domaines où la qualité de vie est altérée, d'identifier les patients pour lesquelles une intervention de soutien psychothérapeutique est indiquée ;
- Enfin, l'indice qui mesure l'état physique général est bien connu pour être un facteur pronostique de la survie dans les traitements de cancers.

Reste à souligner les enjeux éthiques dans les études de qualité de vie, Zeitoun 1996 insiste sur le fait que toute étude portant sur la qualité de vie doit répondre aux mêmes exigences éthiques que n'importe quelle autre étude clinique, notamment le consentement éclairé du patient, livrer des éléments d'informations portant son intimité. Et aussi relève l'importance du respect de la confidentialité et du secret médical. (Ficher G-N. 2002, pp. 289-290).

6.2 Les méthodes : Il est important de préciser, comme le soulignent de nombreux auteurs (Chwalow J. 1996, Martin P. 1999), qu'en matière de qualité de vie, il n'existe pas de standard, c'est-à-dire d'outils parfaits. Les auteurs s'accordent

globalement à penser que seule une étude à long terme portant sur l'évolution de la qualité de vie du sujet lui-même à un intérêt. Il existe de nombreuses échelles mesurant la qualité de vie. Nous pouvons les classer en deux catégories :

6.2.1 Les échelles génériques Sont élaborées à partir de questionnaire qui sont testés dans la population générale, présentent l'avantage de pouvoir être utilisés chez tous les patients quelle que soit la pathologie, elles ont chacune leurs propre caractéristiques, les plus sensibles, les plus fiables. Ces échelles sont multidimensionnelles, leur principal inconvénient vient de ce qu'elles sont très générales. (Chwalow J. 1995, p. 58).

6.2.2 Les échelles spécifiques: comme leur nom l'indique, elles sont adaptées à une pathologie. Elles sont adoptées aux problèmes particuliers d'une population donnée et cernent les critères spécifiques à cette population. Elles sont testées sur la population à laquelle elles sont destinées. (Chwalow J. et Becqué M-F. 1995, p. 58) et sont de deux types :

- **Les échelles d'auto-évaluation :** Remplies par le sujet lui-même, sous la forme d'un questionnaire, dans des conditions standardisées, après leur avoir donné de rigoureuses explications. Ses avantages sont de n'avoir pas besoin d'un évaluateur qualifié.
- **Les échelles d'hétéro-évaluation :** Remplies par un évaluateur externe ; il doit donc être entraîné, sa formation est primordiale et c'est là que réside la faiblesse de ces échelles. L'évaluateur doit veiller à ne pas donner la réponse au patient et doit tout noter de façon systématique. (Ibid. 1995, p. 59).

L'objectif de cette mesure peut décrire des personnes ou des groupes, notamment pour :

- Évaluer si elles sont à risque ;
- Détecter des changements dans le temps, en particulier dans le cadre d'essais thérapeutiques ;
- Prédire une évolution future de santé. (Gras D. 2009, p. 19).

7. Pathologie et qualité de vie

Pour Laonnois R (1992), le terme de qualité de vie est un concept qui englobe les conséquences physiques, psychologiques et sociales d'une maladie. L'évaluation de la qualité de vie est également essentielle dans le domaine de la pathologie. Nous l'illustrerons à travers les trois maladies suivantes:

7.1 La qualité de vie dans le domaine des maladies graves : parmi les maladies graves, on va accentuer notre propos sur le cancer qui est une maladie très grave, alors on va le prendre comme un prototype de recherche. Les patients cancéreux peuvent avoir une évaluation relativement positive de leur vie, ainsi le fait de vivre une expérience négative (la maladie) peut amener l'individu à modifier les valeurs de sa qualité de vie. Ils émettent alors une appréciation en fonction de leur histoire, et de l'évolution de leurs valeurs de référence, comme ils ont subi plus de stimuli négatif que des personnes en bonne santé, leur référence est de ce fait plus négative. Dès lors, une même situation serait perçue plus positivement par d'autres patients. En effet, certaines dimensions de la qualité de vie seraient améliorées grâce à la maladie (comme les relations familiales), tandis que d'autres prendraient moins d'importance, notamment la vie professionnelle.

L'évaluation positive, peut également s'expliquer par deux composantes:

L'expression de la satisfaction résulte de la composante cognitive, le sentiment qui y est associé résulte la composante affective. La personne qui atteint l'objectif auquel elle aspirait, fait l'expérience d'une satisfaction connotée d'un sentiment positif de succès. En revanche, la personne dont les aptitudes (physiques ou autres) ont nécessité un réajustement de ses objectifs, fait l'expérience d'une satisfaction liée à l'atteinte de l'objectif, mais connotée d'un sentiment négatif de résignation.

En résumé, l'évaluation de la qualité de vie est influencée par l'évolution personnelle, la modification des valeurs, la réévaluation de la situation et les facteurs affectifs. La connaissance de ces derniers est un préalable indispensable, lorsqu'il s'agit d'aider le malade cancéreux dans les difficultés qu'il rencontre au cours de sa maladie. Une meilleure connaissance du patient doit permettre de déceler les personnes à haut risque de détresse émotionnelle, afin de leur proposer des interventions psychologiques.

7. 2 La qualité de vie dans le domaine des maladies chroniques : Nous abordons un type de maladie chronique très actuel, l'hémodialyse dite « insuffisance rénale chronique ». Les indicateurs de la qualité de vie apprécient le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne, au-delà du point de vue du médecin ou des professionnels. Les mesures de la qualité de vie sont obtenues à partir des réponses des patients à des questionnaires standardisés. Leurs réponses reflètent le jugement qu'ils portent sur leur état de santé, leur satisfaction vis-à-vis de leur santé et de leur vie, incluant la répercussion de la maladie et des traitements associés. Chez les patients dialysés, les principales actions susceptibles d'améliorer leur qualité de vie sont :

- Améliorer les possibilités de choix du type de dialyse le mieux adapté au patient, non seulement selon des critères médicaux, mais aussi selon des critères d'environnement ;
- Favoriser les méthodes et lieux de dialyse qui renforcent l'autonomie du patient ;
- Assurer un contrôle du statut nutritionnel ;
- Assurer une prise en charge de qualité de vie, notamment cardiovasculaires, dont le poids sur la qualité de vie est majeur. Des coopérations entre professionnels sont indispensables (généralistes, cardiologues, etc.) ;
- Assurer une meilleure prise en charge de la douleur et mieux comprendre les composants et les déterminants chez les dialysés.

Ces actions doivent être intégrées au plan d'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques. Mais malheureusement, dans notre pays, on n'a pas le choix du type de dialyse en particulier celui à domicile, pas seulement à cause du matériel médical (la machine, etc.), qui n'est pas en dessous des moyens de tous les malades, mais à cause des conditions environnementales (sociales et familiales) qui ne sont pas toujours favorables.

7. 3 La qualité de vie dans le domaine psychiatrique : Notre domaine d'étude dans ce cas touche plus particulièrement le côté psychique. Actuellement, de nombreux travaux sur la qualité de vie portent sur des patients souffrant de troubles mentaux sévères, c'est-à-dire des sujets psychotiques. Se pose alors la question du sens, de la

pertinence de la mesure de la qualité de vie chez tels patients, du fait des manifestations de la maladie, comme la perte du rapport à la réalité, la perte des significations. Nous pensons toutefois, en accord avec Pedinielli J-L, que ces patients sont capables de poser une évaluation sur les qualités de leur réalité et de leur environnement.

Pendant longtemps, les études en psychiatrie ont porté sur l'intégration sociale des patients, la démedicalisation et l'inégalité face aux soins sans aucune préoccupation de leurs conditions de vie. Aussi, comme la souligne Martin P, (1999), certains psychiatres, se sont intéressés à la mesure de la qualité de vie chez ces patients, en y intégrant différentes notions relatives à la vie quotidienne. Ensuite, les études de qualité de vie en psychiatrie ont porté plus particulièrement sur les patients schizophrènes. Nous assistons à la création d'outils non standardisés, posant le problème de l'interprétation de ces résultats, puisqu'il n'y a pas de comparaison possible avec une population de référence.

Au total, nous pouvons remarquer qu'il existe de nombreuses échelles de mesure de la qualité de vie en psychiatrie. L'analyse des échelles tend à montrer que les indications choisies sont extrêmement variées : capacités physiques, entourage social et familial, productivité, activités professionnelles, ressources financières, activités de loisir, caractéristiques des conditions de résidence, état de santé, conditions objectives de vie, adaptation sociale, vie intérieure (expériences religieuses ou esthétiques, réflexion, etc.), adaptation interpersonnelle (exercice des différents rôles). (Ficher G-N. 2002, p. 297).

Malgré cela, il serait nécessaire de créer de nouveaux outils, plutôt que de continuer à traduire, et à valider des instruments, pour la plupart anglo-saxons et qui ne correspondent pas entièrement à l'approche socioculturelle de notre pays.

7.4 La relation entre l'anxiété et la qualité de vie

La qualité de vie est la perception de l'individu concernant sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture, son système de valeur dans lequel il vit, sa santé globale et leurs relations avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.

L'anxiété est un trouble de l'humeur liée à des fonctions de stress, déclenchées exclusivement ou essentiellement par des situations ou des objets bien précis (externes au sujet) sans dangerosité actuelle.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge permet à beaucoup de patients de survivre, ce qui réduit la mortalité, mais le corollaire est l'installation d'une incapacité physique et perturbation psychologique de modéré à sévère. Dans ce contexte, on constate qu'il y a une relation entre eux (qualité de vie et anxiété), c'est-à-dire l'anxiété influence le domaine de la qualité de vie du patient dialysé.

Lorsqu'elle augmente, la qualité de vie rétrograde. Ceci explique que, la vie du patient devient instable et insupportable. Il se voit dépendant, condamné, n'ayant aucun espoir d'une vie meilleure, il plonge dans le désespoir et il n'aura qu'une envie ; mourir et en finir pour certains cas. Dans des cas plus dépassés, le malade peut même penser au suicide en perdant l'espoir de guérison ou d'une récupération lente à venir et entretient un cercle vicieux entre la baisse de la qualité de vie, les troubles psychologiques et la pathologie en cause. D'autre part, si l'anxiété diminue, la qualité de vie devient équilibrée et raisonnable.

Conclusion

A travers l'analyse du concept de qualité de vie, nous pouvons identifier deux questions importantes : qu'est ce que la vie ? Et qu'est ce que la qualité de vie ? Il n'y a pas de réponses idéales à ces questions, de fait que le concept de la qualité de vie ne recouvre pas les mêmes dimensions selon les individus. La qualité de vie restera toujours l'expérience subjective de la personne à sa propre vie.

L'évaluation de la qualité de vie s'avère particulièrement importante dans le domaine des maladies chroniques telles que l'insuffisance rénale chronique, car elle est parmi les éléments qui permettent de juger de l'efficacité et de la qualité de la prise en charge du patient dans sa globalité.

Chapitre IV

Problématique

et

Hypothèses

❖ Problématique et Hypothèses

Problématique

La vie par son sens est une accumulation de moments merveilleux, de joies, de succès et de victoires, mais aussi de moments de souffrances, d'angoisses, de maladies, de défaites et de découragements. Cette alternance plaisir– déplaisir est vécue différemment d'une personne à l'autre. En général tout le monde se réjouit du bonheur, mais quant au malheur, certaines personnes y font face et l'affrontent avec courage afin de le surmonter, ou au moins d'y survivre alors que d'autres s'en lassent aussitôt et se jettent dans le désespoir.

La santé est le plus grand trésor que l'on peut posséder, mais on se rend compte qu'une fois perdue, son état de santé devient le souci majeur. De nos jours les maladies sont fréquentes et vu la multitude de leur mécanismes et origines « immunologique, auto-immune, infectieuse, organiques ou non, héréditaire ou acquises, primitive ou secondaire.... », personne n'est épargnée.

Selon ces diverses normes, les maladies chroniques seront considérées comme sévères par rapport à ces conséquences multiples ; physique, mentale et sociale affectant le bien être des patients. Il était alors fondamental de s'intéresser à ses personnes. Les auteurs ont construit des outils permettant d'évaluer les dimensions de cette pathologie, ainsi que celui des soins et des traitements qui sont associés, afin de réparer et de protéger la qualité de vie de ces malades.

Parmi les maladies organiques et chroniques les plus connues de nos jours, les plus nuisibles et qui touchent l'être humain à tout âge, on trouve l'insuffisance rénale. La gravité de cette maladie réside non seulement dans ses répercutions parfois irréversibles sur le reste de l'organisme.

L'insuffisance rénale chronique est la résultante de la perte progressive des fonctions du rein. Elle se traduit par un ensemble d'altérations biologiques, regroupées sous le terme d'urémie chronique. (Batta F-Z. 2011, p. 6).

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est caractérisée par la diminution des capacités du rein à épurer le sang. Ainsi, le terme d'urémie est utilisé pour désigner les manifestations de l'insuffisance rénale sévère. Il faut noter aussi que cette maladie peut-être d'origine héréditaire par rapport à sa famille, ou acquise à cause des complications de la vie et leurs

effets négatifs sur la santé. Cependant, d'un point de vue médical, à ce jour il n'existe aucun traitement permettant d'entraîner une guérison prolongée.

Depuis l'application des techniques extra-rénales par Scribner R en 1960, l'hémodialyse périodique est devenue le premier mode de traitement, la principale méthode d'épuration chez les patients en insuffisance rénale chronique terminale. Elle représente un ensemble d'échanges au travers d'une membrane semi-perméable, et qui a pour objectif de rétablir l'équilibre du milieu intérieur grâce à un traitement discontinu (en général trois séances de quatre à cinq heures par semaine). Le deuxième mode de traitement est la greffe rénale ou ce qu'on appelle la transplantation rénale, qui est presque considérée comme une guérison extrême pour le patient, puisqu'elle lui permet de se détacher et se séparer de la machine de dialyse, c'est-à-dire que le patient va se sentir indépendant de cette dernière, et il va percevoir qu'il est devenu un être vivant, stable et dynamique.

Toutefois, en tant que traitement palliatif, l'hémodialyse est vécue comme une nécessité vitale, et constitue une contrainte lourde. En effet, le patient se trouve confronté aux remaniements, voire agressions, parfois brutales et difficilement acceptées, que subissent son corps et sa vie personnelle, familiale et socioprofessionnelle. Ces perturbations sont à l'origine de difficultés d'adaptation et de détresse psychologique.

Cette pathologie grave, son traitement lourd et chronique, bouleversent la vie du patient, tant sur le plan physique, psychologique et économique par les pertes liées à la maladie chronique, puis l'entrée en dialyse qui fragilise l'état psychique du sujet spécifiant des accompagnements comme la transformation du corps et de son image, perte de capacité psychique, perte de lieu de vie, perte du rôle social et arrêt de l'activité professionnelle et la présence en toile de fond de la mort qui devient une éventuelle personnelle, car il est obsédé par la question de la mort.

La pensée de patient et son fonctionnement psychique seront désordonnés, alors il devient stressé, plus irritable, pessimiste et cela peut amener le sujet à développer une dépression, l'obliger d'aller trois fois par semaine à l'hôpital pour récuser à l'indication de la dialyse et rester 4h allongé, il ne peut accepter ce changement brutal, et il est dans la crainte et le doute quant à son avenir, atteint de ce fait sa qualité de vie.

Les expériences de vie négative et les événements stressants peuvent provoquer des désordres mentaux, pratiquement c'est la même chose dans le cas de cette maladie, car cette

dernière à des conséquences nuisibles et des effets dévastateurs qui varient selon l'âge et le sexe. La gravité de cette souffrance défavorise ces personnes résultant divers problèmes d'ordre psychologique (dépression, anxiété, colère, tristesse, etc.), à côté des complications somatiques.

L'une des conséquences psychologiques les plus fréquentes et les plus répandues chez les hémodialyses est l'anxiété. Les patients atteints d'insuffisance rénale chronique souffrent en général de ce trouble de l'humeur car la maladie peut être extrêmement mal vécue.

L'anxiété se définit comme «état émotionnel désagréable ou une condition de l'organisme humain qui inclut des composantes vécues physiologiques et comportementales». (Spielberger C-D. 1993, p. 7).

En général, une anxiété modérée est stimulante et peut être utile, elle permet la réalisation de l'action, et souvent considérée comme une anxiété de performance, cette dernière peut motiver une personne, et lui donner l'inspiration nécessaire à la réalisation d'un travail, ou de performance de grande qualité, elle prépare l'individu à faire face à des situations difficiles ou menaçantes. Mais quand l'anxiété est trop intense et excessive, elle devient paralysante et pathologique, par conséquent entrave d'une manière non négligeable la vie du sujet, et l'empêche d'agir efficacement, voir le rendre incapable de gérer ses activités quotidiennes.

Les troubles anxieux chez les insuffisants rénaux chroniques peuvent être à l'origine de refus de soins et d'agressivité mettant en danger le malade et son entourage. Ils sont le révélateur d'un manque de compréhension de la maladie, de difficultés d'ajustement psychologique, d'une mauvaise communication, d'un sentiment d'inutilité, d'une solitude, de difficultés d'adaptation et de détresse.

Lorsque l'anxiété devient submergente, ou chronique au point de paralyser le patient, ou de limiter sa faculté de raisonnement, voir le conduire à des comportements irrationnels inappropriés, cela peut véritablement devenir handicapant pour la personne.

Dans la vie, nous sommes continuellement exposés à des circonstances qui génèrent diverses émotions, mais si l'émotion qui devient le problème et non pas le problème lui-même, nous nous trouvons là dans une position particulièrement ennuyeuse. Lorsque l'on en vient à se sentir anxieux pour tout et rien, c'est là peut-on dire que l'anxiété devient un

obstacle à notre bonheur. Et ce syndrome d'anxiété altère la qualité de vie par la réduction des activités et du bien-être, l'anxiété implique la compréhension des mécanismes d'éclosion des troubles de l'humeur.

La qualité de vie se réfère plus à un état d'esprit ; un sentiment de bien-être physique, psychique et social, qu'à un simple état de santé*, ou une absence de maladie organique. Dans la définition de Patrick et All en (1973), la qualité de vie peut se résumer comme étant le degré de satisfaction d'un sujet dans les différents domaines qui sont ; la santé, la vie relationnelle, professionnelle, les conditions matérielles, la vie psychique et affective. (Cupa D. 2002, p. 126).

Les études de la qualité de vie sont une façon d'évaluer la manière dont les patients vivent au quotidien leur maladie, leur traitement, et apportent au clinicien de précieux indicateurs qui peuvent les guider dans la prise en charge des malades. En effet, à coté des critères objectifs, résultants de l'examen clinique et des investigations para cliniques, il semble indispensable de tenir compte de l'individualité propre de chaque patient, de sa subjectivité afin de pouvoir humaniser d'avantage la pratique psychologique en ne perdant pas de vue une des finalités premières de la psychologie, qui est de maintenir la qualité de vie du patient.

Une autre nouveauté réside dans la volonté des professionnels de santé d'utiliser des instruments de mesure permettent de quantifier la qualité de vie. La recherche médicale élargit depuis son champ méthodologique au patient dans son intégralité : sujet vivant et pensant, dans ce cas on parle de la volonté de mesurer la qualité de vie.

La qualité de vie est devenue maintenant un enjeu dans le domaine de la santé. Sa prise en compte procède d'un légitime désir ou un souhait de la communauté psychologique et des autorités sanitaires de connaître la manière dont le patient vit sa maladie. Elle traduit également le souci du praticien, d'être plus proche de son patient, de tenir compte des ses souhaits thérapeutiques.

*- Selon l'OMS; La santé est la chose la plus précieuse dans la vie humaine, ainsi, elle est caractérisée par un état complet de bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Parmi les différentes théories psychologiques, la théorie qui traite notre objet de recherche et qui sert comme cadre de référence est la théorie cognitivo-comportementale qui tente de tenir compte de l'importance des pensées ou les cognitions dans l'explication des comportements humains.

Selon cette théorie, les personnes éprouvent généralement des pensées ou des sentiments qui renforcent les croyances erronées, qui peuvent entraîner des comportements problématiques qui affectent de nombreux domaines de la vie, tels que la famille, les relations avec autrui, les relations dans le travail, etc.

La théorie cognitivo-comportementale se base essentiellement sur le comportement réel qui forme le comportement problème, elle s'intéresse aux lois d'apprentissage qui caractérisent l'ensemble des êtres vivants. Dans ce sens là, ce sont les formes d'apprentissage normales et adaptées, mais parfois ils aboutissent à un apprentissage émotionnel, comportemental inadapté, refoulé, inhibé ou pathologique que les thérapies cognitivo-comportementales visent à traiter, à aider les patients à identifier leurs pensées, leurs croyances, et leurs problèmes.

Pour enrichir notre étude et pour faciliter notre recherche sur le terrain, différentes échelles sont utilisées ou construites afin de déterminer les critères du fonctionnement du patient, tenter d'évaluer l'anxiété par l'échelle d'Hamilton et mesurer la qualité de vie par le questionnaire généraliste SF-36.

Devant la richesse de chaque théorie, et la différence engendrée entre elles, nous avons estimé d'adopter dans notre recherche une approche intégrative qui assemble entre deux théories : psychanalytique et cognitivo-comportemental.

Dans l'élaboration et l'analyse de certains axes de l'entretien clinique utilisée auprès de notre population d'étude, on a opté pour l'approche psychanalytique qui nous a permis d'avoir des informations sur l'historique du patient et son vécu psychique, ainsi la qualité de ses relations objectales. La deuxième approche correspond aux outils choisis pour évaluer le niveau d'anxiété chez les personnes hémodialysées et leur qualité de vie, afin d'atteindre l'objectif principal de notre étude de recherche.

En parallèle avec la revue de littérature, nous avons réalisé une pré-enquête qui s'est effectuée à la clinique « Rameau d'Olivier » de Bejaia, afin d'évaluer le niveau d'anxiété, de mesurer la qualité de vie chez les personnes hémodialysées et de mieux clarifier l'impact de leur maladie sur cette dernière, en essayant de décrire leurs états psychologiques et émotionnels et aussi leurs réactions vis-à-vis de leur traitement, d'analyser le soutien social qu'ils reçoivent et leurs relations avec le personnel médical, dans le but de répondre aux questions suivantes :

- Est-ce que l'insuffisance rénale chronique provoque des troubles psychologiques tels que l'anxiété et comment cette dernière se manifeste ? Quel en est le niveau d'intensité ?
- Comment l'insuffisance rénale chronique affecte-elle la qualité de vie des hémodialysés ?

Hypothèse générale

Dans notre recherche, nous nous sommes intéressés à l'anxiété chez les personnes hémodialysées, qui présente notre variable indépendante et qui influence à son tour sur notre variable dépendante, qui est la qualité de vie chez ces patients.

Hypothèses partielles

➤ la première hypothèse

Les hémodialysés présentent des troubles anxieux qui se manifestent par un ensemble de symptômes tels que ; irritabilité, sentiment d'inquiétude, perte de contrôle, instabilité et malaise, agitation ou incapacité à se relaxer, difficultés de concentration, etc. Elle présente des niveaux différents qui varient entre une anxiété légère, moyenne et majeure.

➤ la deuxième hypothèse

Quelques patients hémodialysés présentent une qualité de vie positive, liée au niveau d'anxiété bas, qui se manifeste par un bien-être physique et psychique, les bonnes relations soit familiales, sociales et professionnelles, performance au travail, sensation de bonheur, etc. Par contre d'autres présentent une qualité de vie négative liée au niveau d'anxiété élevé, qui s'exprime par : souffrance physique et psychique, perte de goût à la vie, abandon de loisirs, disputes, perte des relations avec les autres, etc.

❖ Définitions des concepts et leurs opérationnalisations*

1- Définition

L'anxiété : Elle est définie comme « état émotionnel désagréable ou une condition de l'organisme humain qui inclut des composantes vécues physiologiques et comportementales ». (Spielberger C-D. 1993, p. 7).

2- L'opérationnalisation du concept

- Irritabilité;
- Sentiment d'inquiétude, perte de contrôle;
- Instabilité et malaise;
- Agitation ou incapacité à se relaxer;
- Difficultés de concentration.

3- Définition

La qualité de vie : « état général d'un individu à un moment donné, certaines conceptions se centrent sur l'état objectif (conditions de vie, santé physique, etc.), d'autres sur l'état subjectif (ressenti de bien être par exemple), tandis que certaines composantes (émotionnelle, fonctionnelle, spirituelle, économique, etc.), sont parfois mises en avant, ou au contraire délaissées ». (Letzelter N. 2001, pp. 10-11).

1- Opérationnalisation de concept

La qualité de vie à deux pôles ; l'une est (+) qui signifie une bonne qualité de vie et l'autre (-) qui signifie une mauvaise qualité de vie. Mais il reste à signaler que dans la réalité on ne les trouve jamais dans l'absolu mais les caractéristiques de l'une qui domine l'autre.

✓ **Qualité de vie positive (+)**

- Bien-être physique et psychique;
- Bonnes relations soit familiales, sociales;
- Performance au travail ;
- Sensation de bonheur ;
- Une anxiété légère détermine globalement une bonne qualité de vie.

✓ **Qualité de vie négative (-)**

- Souffrance physique et psychique ;
- Perte de goût à la vie ;
- Abandon de loisirs ;
- Disputes ;
- Perte des relations avec les autres ;
- Sensation de malaise ;
- Une anxiété élevée détermine globalement une mauvaise qualité de vie.

*- Il faut noter que tous ces signes ne sont pas présents chez le même cas. Mais c'est l'ensemble des signes repérés chez tous les cas qui constituent cette catégorie.

Partie

Méthodologique

Chapitre V

Démarche de la recherche et la population d'étude

Introduction

La méthodologie est une phase obligatoire et importante dans toute recherche scientifique, elle nous oriente, organise notre travail et le rend objectif.

Dans ce chapitre, nous allons exposer les étapes que nous convenons de suivre dans la réalisation de notre thème de recherche, qui sont comme suit : Présenter la pré-enquête, définir la méthode utilisée, présenter le lieu de notre recherche et les critères de choix de notre population d'étude.

1. Démarche de la recherche

1.1. La pré-enquête

La pré-enquête est une phase d'investigation préliminaire, de reconnaissance et une phase du terrain assez précoce dont des buts essentiels.

En parallèle de la revue de littérature, on a réalisé une pré-enquête au niveau de la clinique dite « Rameau d'Olivier » de Bejaia dans le but de la formulation de nos questions de recherche d'une manière plus précise et de la construction des hypothèses qui soient valides, fiables, argumentées et justifiées, ainsi que l'élaboration et l'application du guide d'entretien et les échelles afin de se perfectionner. Cette pré-enquête nous a permis d'effectuer un certain nombre d'observations de la situation clinique, avoir des données sur les particularités, les principes, les causes, avoir une image sur l'ensemble de la situation du patient hémodialysé et sur les difficultés d'ordre psychologique de celui-ci.

Il faut noter que l'étape suivante qui est l'enquête, est une étape très importante, elle joue un rôle dans l'accueil et l'analyse des informations.

Après avoir expliqué au médecin-chef la nature de notre recherche, et après avoir obtenu le consentement des patients hémodialysés, nous avons pu commencer notre enquête et rencontrer d'autres cas différents de ceux que nous avons déjà consultés lors de la pré-enquête. Cette enquête nous a permis de mieux décrire les phénomènes psychiques, de comprendre les troubles et les indicateurs actuels et futurs spécifiques du secteur de dialyse.

On a eu le consentement de ces patients après avoir expliqué l'objectif de notre recherche. Nous avons effectué un ou plusieurs entretiens selon la richesse fantasmatique des patients. Contrairement à ceux qui ont une pauvreté fantasmatique, on s'est contenté d'un ou de deux entretiens qui ont été enregistrés après l'autorisation du malade hémodialysé, au cours d'une autre séance, nous avons entamé la seconde étape qui est la passation des tests.

Ces derniers sont : l'échelle d'Hamilton qui évalue l'anxiété et qui montre son existence et ses niveaux ; le questionnaire généraliste SF-32 de la qualité de vie.

Grâce à ces deux étapes, on est arrivé à cerner le vécu psychologique des patients hémodialysés ; à savoir l'anxiété et la qualité de vie, après la cotation et l'analyse des résultats.

Le déroulement de l'entretien et la passation de l'échelle ont été effectués en langue maternelle, dans notre cas «la langue Kabyle ». Par contre, pour les cas qui ont un niveau d'instruction élevé et qui maîtrisent la langue française, on a opté pour l'entretien et l'échelle d'Hamilton la version française, contrairement au questionnaire généraliste de la qualité de vie qui a été traduit en langue Arabe, d'où la nécessité de son application avec cette langue.

Afin d'arriver aux buts exprimés dans notre recherche, répondre aux questions posées et vérifier nos hypothèses, on a opté pour la méthode clinique.

1.2.La méthode clinique

Le terme de clinique provient du grec (clinè, lit), au lit / pied du malade, aussi, la démarche clinique, l'observation clinique, est elle le recueil de signes qui permettent de définir, de comprendre la situation du sujet, de sa souffrance, de son symptôme, etc. Et de pouvoir en proposer un diagnostic, une évaluation, un type de prise en charge thérapeutique adaptée aux capacités psychiques et physiques du sujet.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires :

1) Le premier niveau : Correspond au recours à des techniques de recueil: des tests, des échelles, le dessin, le jeu, etc. Ce type d'investigation permet de faire apparaître des éléments saillants concernant le sujet, ou un phénomène psychique en particulier par exemple : l'imaginaire, les représentations parentales, la nature de certaines angoisses, etc. Certains outils comme les tests, les échelles, les grilles d'observation, etc. s'appuient sur un matériel standardisé, lequel répond à un souci d'objectivation ; on parle alors de la clinique armée.

2) Le second niveau : Se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas, sans comparaison, ni généralisation. On parle de clinique naturaliste, parfois aussi appelée clinique à mains nues. La méthode vise moins un résultat précis que l'analyse d'interrelations, de la dynamique psychique. Didier A, définit cette méthode clinique selon trois postulats : la dynamique, la genèse et la totalité.

Dans ce cadre, le principe de la méthode clinique est l'observation et la recherche des significations comme de l'origine des actes, des conflits, ainsi que des modes de résolution des conflits. Daniel L, estimait que la méthode clinique avait pour objectif d'envisager la conduite

dans sa perspective propre (...), de relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec des situations, de chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, de déceler les conflits qui le motivent et les démarches qui tendent à résoudre ses conflits.

La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils utilisés mais au but de l'investigation, et à la différence des résultats obtenus : le premier niveau fournit des informations sur le sujet alors que le second niveau vise à comprendre le sujet.

Cette méthode permet une compréhension approfondie des sujets dans leur propre langue en référence à leur histoire et les situations conflictuelles qu'ils confortent. En effet, la méthode clinique se caractérise sans doute par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas qui est la méthode la plus utilisée en pratique clinique.

❖ L'étude de cas

L'étude de cas est une étude approfondie sur un cas en particulier, soit-il une personne, un groupe ou un sujet spécifique. C'est une démarche de recherche qui se situe dans l'horizon des méthodes qualitatives. Elle peut être considérée à juste titre comme l'une des plus stimulantes d'entre elles tant, par ce qu'elle comporte d'exigences pour le chercheur, que par les défis théoriques et méthodologiques qu'elle pose et enfin, par les connaissances du social qu'elle permet d'élaborer.

En effet, l'étude de cas compte parmi les nouvelles démarches de la recherche en sciences sociales, qui assemble l'observation directe (participante ou non) et différentes sources documentaires relatives aux pratiques et aux discours pertinents à l'objet d'étude. La construction et l'analyse de ces données ont comme visées de saisir l'objet à l'étude dans ses dimensions de temps et d'espace, tels qu'ils s'élaborent dans un milieu social donné. Par ses particularités, l'étude de cas pose avec acuité les spécificités de la production de la connaissance dans le domaine des sciences sociales en général et en sociologie, en particulier.

L'avantage de l'étude de cas comme méthode de recherche en psychologie est de permettre de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant en compte les différentes dimensions (historique, affective, relationnelle, cognitive, etc.). Elle permet aussi d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux. (Chahraoui Kh. et Bénony H. 2003, p. 143).

Enfin, la procédure de l'étude de cas consiste à rapporter une situation réelle prise dans son contexte, et l'analyse pour voir comment se manifeste et évolue les phénomènes auxquelles le chercheur s'intéresse.

1.3. Le lieu de la recherche

La partie pratique de notre recherche a eu lieu au niveau de la clinique privée « Rameau d'Olivier » de Bejaia, elle comporte plusieurs services en plus du service d'hémodialyse : maternité, urgences, bloc opératoire et service chirurgical.

Le service d'hémodialyse où on a effectué notre recherche, contient 80 malades, chaque séance englobe 15 cas à savoir 3 séances par semaine qui prennent 4 heures de dialyse pour chacun par jour, il inclut trois salles spéciales bien propres ; une grande salle pour 12 malades, une salle faite pour 3 malades atteints par des maladies transmissibles dans le but de prévention (isolement), et bien sûr une salle pour les urgences dotée de tout le matériel nécessaire. Aussi il est composé de trois équipes constituées de cinq infirmières chacune, et chaque infirmière s'occupe de trois malades. Chaque séance de dialyse est assistée par deux médecins généralistes et un spécialiste.

2. La population d'étude

Notre population d'étude contient des patients atteints d'insuffisance rénale chronique (hémodialysés), se trouvant au sein de la médecine interne de la clinique privée « Rameau d'Olivier », qui a consacré tout un service spécial d'hémodialyse pour prendre en charge ces malades chroniques. Notre population d'étude a été choisie selon quelques critères qu'on va citer ci-dessous.

2.1. Sélection de notre population d'étude

Nous avons sélectionné une population d'étude composée de cinq (5) cas différents à partir de 12 cas vus, dont on a travaillé dans l'anonymat en changeant leurs prénoms ou des informations qui touchent leurs vies privées, c'est-à-dire en respectant la confidentialité de ces patients selon la déontologie de la recherche en psychologie clinique, et en tenant compte des critères suivants :

➤ Les critères d'homogénéité retenus

- Tous les cas sont à l'âge adulte et leurs âges sont entre 30 et 70 ans ; car il s'agit d'une organisation psychosomatique individuelle, partie financière inamovible à l'âge adulte. (Marty P. et al. 1998, p. 60).

- Tous les cas n'ont pas subi de greffe auparavant.
- Tous les cas ont un niveau d'instruction qui leur permet de lire et de répondre au questionnaire de la qualité de vie.
- Tous les cas sont traités par la méthode d'hémodialyse et non par la dialyse péritonéale chez eux.

➤ Les critères non pertinents pour la sélection

- La variable sexe n'a pas été prise en considération, car notre thème ne se porte pas seulement sur les hommes ou les femmes, mais les deux.
- Le niveau socioculturel est hétérogène entre tous les cas, car cette affection peut toucher toutes les catégories sociales.
- L'âge d'apparition de cette maladie pour la première fois de cette maladie n'était pas pris en considération lors du choix de notre population d'étude.

Tableau récapitulatif des cas étudiés

Cas	Age	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	L'âge d'apparition de la maladie	Niveau d'anxiété	Niveau de qualité de vie
Larbi	55 ans	9 ^{ème} AM	Retraite anticipée	Marié	52 ans	17 Pts anxiété légère	64,55 % positif (+)
Salah	47 ans	9 ^{ème} AM	Invalide	Marié	26 ans	21 Pts anxiété légère à modérée	64,52 % positif (+)
Halim	30 ans	7 ^{ème} AM	Agent de sécurité	Marié	28 ans	23 Pts anxiété légère à modérée	66,38% Positif (+)
Nassima	69 ans	9 ^{ème} AM	Retraite anticipée	Mariée	65 ans	27 Pts anxiété modérée à grave	54,37% Négatif (-)
Aicha	50ans	6 ^{ème} AP	Femme au Foyer	Mariée	46 ans	41 Pts anxiété majeure	36,88% Négatif (-)

Ce tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des cas étudiés englobant ; l'âge, le niveau d'instruction, situation matrimoniale, l'âge d'apparition de l'insuffisance rénale chronique, le niveau d'anxiété et de qualité de vie.

Conclusion

Dans chaque travail scientifique, on trouve un chapitre consacré à la méthodologie. A travers ce chapitre, on a tenté de présenter certaines règles et étapes à suivre dans notre recherche, qui nous aident à mieux planifier et organiser notre travail, afin de pouvoir analyser et d'interpréter les résultats.

Chapitre VI

Les techniques

utilisées et

leurs analyses

Introduction

Cette étape se réfère à la méthodologie de recherche liée à la présentation des différentes techniques utilisées, à savoir l'entretien clinique qui nous a permis de recueillir les informations concernant le sujet, l'échelle d'Hamilton de l'évaluation de l'anxiété, et le questionnaire généraliste SF-36, l'analyse de ces outils nous a permis de mieux connaître la qualité de vie, afin de vérifier nos hypothèses.

1. Les techniques utilisées

On appelle une technique de recherche un support, l'intermédiaire particulier dont va se servir le chercheur pour recueillir les données, des informations qu'il doit prescrire. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observations et/ou de mesures prétendues scientifiquement acceptables et réunissant suffisamment de qualité, d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques.

Dans notre pratique sur le terrain, les techniques mises en œuvre sont ; l'entretien clinique de type semi-directif dans le but de mener notre investigation d'une manière hiérarchisée et ordonnée, l'échelle d'anxiété d'Hamilton qui nous a permis de déterminer le niveau de cette dernière et son degré, sans oublier de citer l'instrument qui mesure la qualité de vie ; le questionnaire généraliste SF-36, ce dernier peut être d'un apport constructif dans la mesure des limitations des activités sociales dues aux problème de santé physique et psychique, dans la compréhension des stratégies d'ajustement mises en place par le patient face à la maladie, et enfin distinguer la qualité de vie positive de la négative.

1.1 L'entretien clinique

Dans l'entretien clinique, donner lieu et espace de paroles, à la singularité d'un sujet, de son histoire, cela évoque une certaine disposition d'attention et d'écoute de ce qui se dit, de ce qui se donne à entendre, dans ce qui s'énonce. Cette position implique de ne pas orienter l'entretien et de ne pas baisser le discours sur l'événementiel de l'accident (la maladie) et de ses conséquences, où peut se fermer la parole que le clinicien prétend ouvrir pour le sujet.

L'entretien clinique, sa particularité dans le discours du sujet, est de faire exister des objets, des faits, des situations, en dehors de leurs présences concrètes. Il passe par le langage, la parole et l'établissement d'une relation, qui sont des critères déterminants. Il constitue une des pièces essentielles du bilan psychologique.

Dans le domaine de la psychologie, où ce qu'il est convenu d'appeler entretien est un outil et un dispositif classique, mais aussi dans d'autres domaines de savoir et de pratiques, le

terme de clinique connaît depuis un certain nombre d'années une extension et une inflation qui ont porté à un certain mélange, sous le qualificatif d'entretien clinique, de pratiques d'entretiens bien différentes, si ce n'est divergentes, quant à leurs présupposés, leurs modalités, leurs objectifs. (Oliver D. et Benjamin J. 2009, p. 131).

Il existe en clinique trois types d'entretiens que l'on peut opposer par leur but et par la demande du sujet : l'entretien non directif, sur le modèle de Rogers (silence analytique) et l'entretien directif, où la méthode est la pratique du bilan, de questionnaires, à visée d'évaluation et enfin l'entretien semi directif où le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet en toute liberté. Bien que ces différents types s'opposent, le but est généralement similaire : laisser parler l'autre (le patient), lui permettre de verbaliser ses difficultés, instaurer un échange, une reconstruction des faits vécus, favoriser l'analyse des faits à partir d'un discours.

L'objectif principal de l'entretien clinique est d'appréhender et de comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet, en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives. (Chiland C. 1983, p. 141).

La conduite de l'entretien répond à certains principes, le psychologue doit se situer dans une position de neutralité bienveillante, l'entretien est orienté en fonction de la disponibilité psychique et émotionnelle du clinicien et de l'endroit dans lequel il est réalisé (à l'école, au chevet du malade à l'hôpital, en prison, etc.).

Dans le cadre de notre recherche, vu la qualité des informations recherchées, nous avons opté pour l'entretien semi directif pour donner plus de liberté d'expression aux patients concernés.

1.1.1 L'entretien semi directif

On a élaboré l'entretien semi-directif, où le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance, ce guide constitue dans notre recherche une trame à partir de laquelle le sujet déroule son écrit. (Chahraoui Kh. et Benony H. 1999, p. 65).

1.1.2 L'attitude du clinicien

Dans ce type d'entretien, dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, ce dernier n'est pas passif et ne se contente pas d'observer l'interlocuteur qui parle. Ainsi le clinicien a recours dans l'entretien clinique à différents types d'interventions, les relances, les interrogations ou les reformulations. Les relances sont complémentaires du discours du sujet et elles le prennent pour support.

Son intervention ne doit pas être avec une dose massive d'interrogations, cela perturbe le déroulement de l'entretien et entraîne alors une passivité chez le sujet, certaines questions directes peuvent être ressenties de manière instructive par le sujet, il faut savoir alors les formulées. (Ibid. 2003, p. 143).

1.1.3 Guide d'entretien

L'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview. Dans ce guide, le clinicien peut formuler la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée, le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois, celles-ci ne doivent pas être posées d'une manière directe, il s'agit d'avantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Chahraoui Kh. et Bénony H. 1999, p. 69).

Nous avons formulé un guide d'entretien composé de 4 axes :

Caractéristiques personnelles

- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Travaillez-vous ? si oui, quelle profession ?
- Votre classement dans la fratrie ?
- Quelle est votre situation familiale ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

Axe I : les informations concernant l'état de santé actuel et antérieur du sujet

Cette partie de questions aborde la santé actuelle du patient (le début de l'atteinte, les causes et les complications de la maladie), et la santé antérieure du patient (le facteur héréditaire, les maladies durant l'enfance et leurs causes).

- Depuis quand êtes-vous malade et comment évolue cette maladie ?
- Quelles sont les raisons (causes) qui ont provoqué votre état actuel ?
- Quelle a été votre réaction la première fois quand ont vous a annoncé la maladie ?

- Quelles sont les complications et maladies qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?
- Combien de fois avez-vous été hospitalisé à cause de cette atteinte ?
- Quel est votre traitement actuel ? Et comment le vivez-vous ?
- Suivez-vous un régime alimentaire strict ?
- Avez-vous besoin d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches quotidiennes ?
- Avez-vous souffert d'une maladie (atteinte) dans votre enfance ?
- Avez-vous d'autres maladies avant que vous soyez atteint d'insuffisance rénale chronique ?
- Avez-vous été hospitalisé à cause d'une maladie autre que celle-ci ?
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale avant ?
- Y a-t-il d'autres personnes de votre famille atteints de la même maladie ?

Axe II : les informations concernant l'investissement de l'objet

Cet ensemble de questions insiste sur le côté relationnel et l'investissement d'objets chez les hémodialysés.

- Comment vivez-vous votre maladie au sein de votre vie conjugale et familiale ?
- Est-ce que vous ressentez que vous êtes toujours désirable vis-à-vis votre conjoint ?
- Comment sont vos relations sociales ?
- Avez-vous des activités et passions que vous exercez ?
- En ce moment comment envisagez-vous votre avenir ?

Axe III : l'anxiété

Dans cet axe on parle de l'impact de la maladie sur le sujet atteint ainsi que ses émotions et sentiments anxieux et sa vision vers l'avenir.

- Comment vivez-vous votre maladie ?
- Comment vous sentez-vous en ce moment ?
- Est-ce que vous êtes nerveux ? Quelles sont les situations qui vous énervent ?
- Prenez-vous un traitement anxiolytique prescrit par votre médecin ? Si oui, lequel ?

- Qu'est ce qui vous inquiète plus en ce moment ?
- Avez-vous peur ?
- Comment vivez-vous ces complications vis-à-vis de votre vie sexuelle ?
- Avez-vous confiance en vous ?
- Parlez moi de vos rêves, décrivez quelles sont leur caractéristiques ?

Axe IV : les informations en relation avec la qualité de vie

Ces questions abordent le comportement du patient dans sa vie de tous les jours à savoir son bien être physique et psychique, ses relations avec autrui, ses loisirs.

- Appréciez-vous les choses de la vie ?
- Votre vie de tous les jours est-elle pleine de choses qui vous intéressent ?
- Avez-vous eu des chocs traumatisants physiques ou psychiques dans votre vie ?
- Vous sentez-vous stable ou instable ?
- Est-ce que vous dormez facilement ? Votre sommeil est-il profond ?
- Pouvez-vous nous parler de vos relations sociales ?
- Pensez-vous que vous êtes utile quand on a besoin de vous ?
- Etes-vous patient de ne pas réaliser vos tâches quotidiennes ?
- Voyez-vous vos amis comme avant ?
- Comment voyez-vous votre avenir ?

Remarque : si le patient a anticipé librement sur des réponses à des questions prévues par nous (psychologues), nous éviterons de les poser ultérieurement.

1.2. Echelle d'Hamilton d'anxiété

- **Un aperçu historique**

L'échelle d'Anxiété d'Hamilton HAMA a été présentée par Hamilton en 1959, comme instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété névrotique. Elle a été traduite en français par Pichot P. Enfin, en 1982, Snaith et al, en ont dérivé une échelle à six items, la "Clinical Anxiety Scale", qu'ils considèrent comme supérieure à la HAMA.

L'échelle d'anxiété d'Hamilton (HAMA) qui est la plus ancienne, la plus classique et l'une des plus fréquemment utilisées, est plus sensible aux changements, mais elle contient un

certain nombre d'items somatiques limitant son utilisation en cas de mesure de l'anxiété chez les patients atteints d'une pathologie physique. (Radat F. 1998, p. 75).

- **Définition**

Afin de mieux cerner l'anxiété chez un individu donné, les cliniciens font appel à une méthode qui a fait ses preuves à savoir l'échelle d'Hamilton qui est un test d'évaluation afin de déterminer le niveau d'anxiété d'un individu donné.

- **La passation de l'échelle d'anxiété**

Ce test se déroule nécessairement par étape, l'évaluation vient après une ou plusieurs séances d'entretien, celui-ci peut être conduit par des spécialistes (psychologue, médecin, neuropsychologue, neuropsychiatre). Le test d'Hamilton comporte quatorze items correspondant à différentes manifestations de l'anxiété. Il s'agit en l'occurrence de :

1. **Humeur anxieuse** : Inquiétude, Attente du pire, Appréhension (anticipation avec peur), Irritabilité.
2. **Tension** : Sensation de tension, Fatigabilité, Impossibilité de se détendre, Réaction de sursaut, Pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.
3. **Peurs** : Du noir, Des gens qu'on ne connaît pas, d'être abandonné seul, Des gros animaux, De la circulation, De la foule.
4. **Insomnie** : Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Terreurs nocturnes.
5. **Fonction intellectuelle (cognition)** : Difficultés de concentration, mauvaise mémoire.
6. **Humeur dépressive** : Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Dépression, Insomnie du matin, Variation de l'humeur dans la journée.
7. **Symptômes somatiques généraux (de nature musculaire)** : Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Secousses cloniques, Grincements des dents, Voix mal assurée.
8. **Symptômes somatiques généraux (de nature sensorielle)** : Tintement d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid, Sensations de faiblesse, Sensations de picotements.
9. **Symptômes cardiovasculaire** : Tachycardie, Palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensations syncopales, Extrasystoles.
10. **Symptômes respiratoires** : Poids sur la poitrine ou sensation de constriction, Sensations d'étouffement, Soupirs, Dyspnée.

11. Symptômes gastro-intestinaux : Difficultés pour avaler, Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlures, ballonnements, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac, coliques abdominales, Borborygmes, Perte de poids, constipation.

12. Symptômes génito-urinaire : Aménorrhée, Ménorragies, Apparition d'une frigidité, Mictions fréquentes, Urgence de la miction, Ejaculation précoce, Absence d'érection, Impuissance.

13. Symptômes du système nerveux autonome : Bouche sèche, Accès de rougeur, Pâleur, Tendance à la sudation, vertiges, Céphalée de tension, Horripilation.

14. Comportement lors de l'entretien

- **Général :** Tendus, non à son aise, agitation nerveuse des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre sa mâchoire, Instabilité : va-et-vient, Tremblement des mains, Front plissé, Faciès tendu, Augmentation du tonus musculaire, Respiration haletante, Pâleur faciale.
- **Physiologique :** Avale sa salive, Eructations, Tachycardie au repos, Rythme respiratoire à plus de 20/mn, Réflexe tendineux vifs, Tremblements, Dilatation pupillaire, Exophtalmie, Sudation, Battements des paupières.

1.3 Questionnaire généraliste de la qualité de vie (SF- 36, Our Short-Form 36 Heath Survey).

• **Définition**

Développé durant les années 1980 aux Etats-Unis, dans le cadre d'une étude plus large, Médical Outcome Study ou (MOS), le SF-36 est une échelle générique de mesure de qualité de vie axée sur la perception par le patient de son état de santé, intégrant à la fois des données sur la subjectivité des patients, mais intègre également des axes plus comportementalistes.

Ce questionnaire peut-être auto-administré ou administré par enquêteur, soit par entretiens, etc. Les échelles qui sont dérivées sont beaucoup plus courtes, auto-évaluatives, concertant plusieurs domaines et dimensions de la qualité de vie. Cette échelle comporte 36 items, explorant 8 domaines différents, qui sont : activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques, santé perçue, vitalité, vie et relations avec les autres, santé psychique, limitations dues à l'état psychique ;

- Activité physique (Physical Functioning) ou PF : question 03 composée de 10 sous-questions.

- Limitations dues à l'état physique (Rôle Physical) ou RP : question 4 composée de 04 sous-questions.
- Douleurs physiques (Bodily Pain) ou BP : questions 7 et 8.
- Santé perçue (General Health) ou GH : questions 1, 2, 3, 4, 6 et 8.
- Vitalité (Vitalité) ou VT : question 09 composée de 04 sous-questions (i, e, c, a).
- Vie et relations avec les autres (Social Functioning) ou SF : questions 6 et 10.
- Santé psychique (Mental Health) ou MH : question 09 composée de 04 sous-questions (h, f, d, g, b).
- Limitations dues à l'état psychique (Rôle Emotional) ou RE : question 05 composée de 03 sous-questions.

La composante santé physique évaluée est reflétée par les domaines : Activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques et santé perçue. Chaque domaine ou échelle est exploré par un nombre de questions différent. Les réponses à ces questions permettent d'établir un score par domaine. Ce score est obtenu en plusieurs étapes. (Orhan F. 2009, pp. 32-34).

2. L'analyse des techniques utilisées

Pour chaque présentation d'un cas de notre population d'étude, on va procéder avec les étapes suivantes :

2.1. Analyse de l'entretien clinique

2.1.1 La santé physique

- la santé antérieure et actuelle.
- le début et la cause de la maladie.
- les complications de la maladie.

2.1.2 L'investissement de l'objet

- Les événements importants dans la vie du patient.
- La qualité de la vie relationnelle et professionnelle.
- La vie sexuelle du patient.

2.1.3 L'anxiété

- Les troubles psychologiques anxieux.
- Les caractéristiques de la vie onirique (Cauchemars).
- Les conséquences et traitement d'anxiété.

2.1.4 La qualité de vie

- La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle.
- La vie conjugale notamment sexuelle.

2.2. Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

• La cotation

Au cours de cette échelle, les praticiens évaluent chaque item et attribuent à chaque fois une note comprise entre 0 et 4. Et chacun des quatorze items de ce test doit être noté, afin d'obtenir une évaluation précise et exacte.

- La note 0 est donnée lorsque le symptôme est absent.
- La note 1 convient à une présence très légère.
- La note 2 est donnée lorsque l'intensité de la manifestation est moyenne.
- La note 3 répond à une forte présence du symptôme.
- La note 4 est donnée lorsque le symptôme est très aigu, envahissant et invalide le patient.

• L'interprétation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

A la fin, les praticiens évaluent le degré d'anxiété du sujet en faisant la somme des notes données à chaque item. Il existe une note d'anxiété psychique telle que les items 1 à 6 et 14, et une note d'anxiété somatique (items 7 et 13).

Et pour faciliter l'interprétation de ce test, on peut classer les notes totales en 03 niveaux qui sont :

- < 17 : Légère.
- 18-24 : Légère à modérée.
- 25-30 : Modérée à grave.

Mais dans les cas où l'on a trouvé que la somme totale des items dépasse 30 points, on a été obligé de faire recours aux normes donnée par Beck et al, dans le livre de Cottraux J. et Bouvard M. qui ont donné l'interprétation suivante : >30 : anxiété majeure. (Cottraux J. et Bouvard M. 1996, p. 99).

2.3. Analyse de Questionnaire généraliste de la qualité de vie

- **Calcul des scores du questionnaire SF-36**

Les réponses à chaque question donnant une valeur qui est codée entre 0 et 100, l'estimation subjective est basée sur l'échelle de Likert, on pose les degrés de 1 à 3, de 1 à 6 hiérarchiquement.

L'appréciation de la qualité de vie est jugée positive lorsque la valeur obtenue est supérieure de degré global de la qualité de vie, les estimations des valeurs se comptent à travers la transformation et est appelée transformation linéaire. Elle repose sur les formules suivantes :

- Les dimensions 1. 2. 6. 8. 9 (h, e, d, a), 11 (c, b) sont cotées de 100.75.50.25,0.
- Les dimensions 4 (d, c, b, a), 5 (c, b, a), 9 (i, g, f, c, b), 10, 11 (d, a) sont cotées de 0.25.50.75.100.
- La dimension 3 (j, i, h, f, g, e, d, c, b, a) est cotée de 0.50.100.
- Les dimensions 7 sont cotées 100.80.60.40.20.0.

Les scores obtenus seront additionnés, puis divisés par le nombre de questions de chaque dimension pour l'appréciation de la qualité de vie, puis on effectue l'addition des degrés des moyennes des dimensions obtenues divisée par 8. L'estimation jugée positive lorsque le degré est supérieur, par contre elle est jugée négative lorsque le degré se dégrade.

- **Déroulement de la pratique de la recherche**

L'administration de l'échelle du SF-36 à des patients dans le cadre d'une étude de qualité de vie selon diverses modalités. Il peut être auto-administré lorsque le patient répond seul aux questions posées, sans intervention extérieure (sauf si le sujet n'arrive pas à comprendre le contenu). Dans ce cas là, nous intervenons pour l'aider à clarifier les questions.

Conclusion

En conclusion, il est important de souligner qu'il n'y a pas une recherche scientifique sans partie méthodologique, qui est notre guide des techniques d'investigations adoptées, et notre rigueur dans l'analyse des données recueillies, ainsi que la vérification de nos hypothèses afin de répondre aux questions posées.

Partie

Pratique

Chapitre VII

Analyse des résultats

Introduction

Chaque recherche scientifique, demande pour sa réalisation, une méthode bien précise et des étapes méthodologiques qui correspondent à la nature des informations demandées, aussi il n'y a pas une méthode opérationnelle unique sur laquelle on peut compter seulement, pour dévoiler la réalité psychique de l'être humain. Cependant, on note que la partie pratique qui englobe les résultats de notre recherche est une étape très importante dans l'étude scientifique ; elle nous rapporte des informations afin de répondre à nos questions de départ, et de pouvoir discuter nos hypothèses formulées à l'aide du le pré enquête et la revue de la littérature, et qui sont corrélées au thème traité. Chaque cas reste un cas différent qui a sa spécificité et sa singularité par rapport aux autres cas. Donc l'étape de présentation et d'analyse des données soutirées est l'étape la plus importante dans notre recherche, car elle permet l'analyse des entretiens, de l'échelle d'anxiété d'Hamilton, du questionnaire généraliste SF-36 et de la qualité de vie, afin de réaliser les objectifs de notre recherche.

Présentation du cas Larbi

1-L'analyse de l'entretien clinique

Larbi, homme âgé de 55 ans, bel homme, brun aux yeux clairs, de taille moyenne, est le deuxième d'une fratrie de 10 enfants, huit frères et deux sœurs, marié depuis 21 ans, père d'un seul garçon et de six filles, sa femme ne travaille pas (femme au foyer). Larbi a un niveau d'instruction de 9^{ème} année moyenne, il exerce le métier de comptable dans le domaine économique.

A l'entretien, il n'a pas arrêté de parler de sa vie et de son atteinte d'insuffisance rénale chronique. Larbi était coopératif avec nous, nous avons effectué deux entretiens avec lui, durant lesquels il a éprouvé un bien-être et vivacité et humour, avec une bonne humeur et il a gardé le sourire tout au long des séances, il était vraiment heureux de participer à notre recherche, selon ses dires « au moins je me sens utile ».

1.1- La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Larbi a vécu une enfance et une adolescence saines, issu d'une famille riche, il était trop gâté, Aucun problème de santé n'a été signalé chez lui, jusqu'à l'âge de 31 ans, une année avant qu'il soit IRC en 2009, il contracte un diabète de type 1 qui était mal traité par les médecins, et il a aussi des pics de tension artérielle. Enfin, en 2010, il a consulté un médecin spécialiste pour un contrôle médical, après les examens et les bilans on lui a découvert une défaillance de la fonction rénale ensuite, traité directement par dialyse, parmi les complications de l'IRC : l'hypertension artérielle, en outre son atteinte de IRC était une des complications de son diabète, aussi on souligne le surpoids qui ne cesse de s'accroître en raison du manque d'exercices physiques par rapport à sa fonction où il est en position assise et l'absence du régime alimentaire préconisé par les médecins durant une longue durée depuis 24 ans.

On pense que l'insuffisance rénale chronique terminale de Larbi est héréditaire, en effet il existe un cas similaire dans sa famille, il s'agit de sa mère.

- **Le début et la cause de la maladie**

Durant l'entretien le patient ne souligne pas d'événements traumatisants auxquels il lui a fallu faire face, mais grâce à notre intervention on a pu comprendre que son insuffisance

rénale chronique est due à une succession d'événements traumatisants qui ont énormément affectés et fragilisés sa vie.

Au cours de l'entretien, Larbi nous a raconté un événement qui l'a beaucoup traumatisé ; la mort de sa mère qui est due à la même maladie ; c'est-à-dire l'insuffisance rénale chronique, après six mois, survient le décès de son père, qui était causé par le manque et l'absence de sa femme.

- **Les complications de la maladie**

Larbi décrit un changement important fait naître un sentiment d'inquiétude. Le patient nous a parlé d'autres complications qui ont accompagné son atteinte ; diabète et tension.

Il parle aussi de troubles du sommeil, des insomnies, il dort trois à quatre heures par nuit, des vomissements et des sensations d'avoir le ventre rempli après chaque repas et des bouffées de chaleur.

1.2- Investissement d'objet

- **Les événements importants dans la vie du patient**

Parmi les événements les plus importants chez le sujet, on trouve qu'il se focalise énormément sur sa maladie, qu'il la considère comme un bouleversement dans sa vie, c'était un choc pour lui, ce qui l'a mis dans un état d'esprit très bas; il mange, il dort, etc. On dirait qu'il est dans la vie opératoire selon la conception de Pierre Marty, selon ses dires « c'est comme un cerveau d'animal ». Enfin, son plus beau souvenir, c'est la naissance de son fils aîné.

- **La qualité de la vie relationnelle et professionnelle**

Larbi a une très bonne relation avec sa famille, il est bien entouré, bien soutenu par ses frères, ses sœurs et surtout il a souligné la présence de sa femme à ses côtés, il a de très bonnes relations avec les autres patients hémodialysés qui font avec lui les séances de dialyses, le patient nous a révélé aussi le manque de communication au sein de son entourage ; ses amis qui l'ont abandonné, il ressent qu'il est exclu, rejeté par la société, ce qui influence négativement sa vie quotidienne, sa qualité de vie et induit une vision pessimiste de son avenir.

- **La vie sexuelle du patient**

La vie de couple du patient est acceptable, il n'a aucun problème avec son épouse, il s'entend bien avec elle, pour lui il a la meilleure femme au monde, selon ses dires « elle est la meilleure femme du monde », on souligne le procédé d'idéalisation de l'objet qui est utilisé contre la dépression. Concernant sa sexualité, Larbi vit bien sa vie sexuelle avec un peu de

fatigue dans les rapports sexuels, il nous dit « depuis ma maladie, au contraire, ma femme essaye de se montrer plus », et il se sent désiré plus qu'avant.

1.3- L'anxiété

- **Troubles psychologiques anxieux**

Suite à notre entretien avec Larbi, on a pu cerner quelques signes d'anxiété qui se manifestaient dans son quotidien, parmi les situations qui l'inquiète, on trouve le comportement d'abandon de ses amis, il nous informe qu'il est plus nerveux que d'habitude. Il exprime une forte inquiétude pour sa santé et son image extérieure qui ne cesse de se dégrader jour après jour, mais malgré cette situation il garde toujours sa confiance en lui, en outre il présente une crainte de l'avenir. Il nous rajoute que la maladie pour lui n'est pas un problème, mais il a peur d'avoir des douleurs, d'être handicapé au lit, d'être abandonné, de mourir d'une manière brutale, il s'inquiète énormément pour sa vie sexuelle et redoute de ne plus retrouver sa virilité, on souligne la présence de procédé de surinvestissement de la fonction d'étayage et de procédé de critique de soi relève des procédés narcissiques.

- **Les caractéristiques de la vie onirique (cauchemars)**

La vie onirique de Larbi est caractérisée par des rêves opératoires, qui sont des répétitions des actes et des événements quotidiens (actes et événements de la journée). Aussi il est traumatisé par la mort de sa mère qui a souffert de la même maladie.

- **Les conséquences et traitement d'anxiété**

Larbi possède un fort caractère, il a souligné qu'il ne prend aucun traitement anxiolytique, excepté son traitement prescrit par son médecin spécialiste (néphrologue).

1.4-La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

Larbi est bien soutenu, suffisamment entouré par sa famille ; ses frères, ses sœurs et surtout sa femme en premier lieu et ses filles. À propos de ses relations sociales, elles sont relativement perturbées ; ses amis l'ont abandonné, ils ont complètement changé depuis sa maladie mais il aime bien sa vie telle qu'elle est, et la chose qui lui fait peur c'est de souffrir. Et concernant sa vie professionnelle, il a décidé de prendre une retraite anticipée dès qu'il a su qu'il était atteint d'insuffisance rénale chronique terminale. Pour lui, il n'y a aucun avenir dans notre société, selon ses dires « aucun projet, on fait partie d'une société stagnée, inactive et externe ».

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

La vie conjugale de Larbi est assez équilibrée, bien meilleure, sa femme l'accepte tel qu'il est, il ressent qu'il est toujours désirable par rapport à sa conjointe, elle se traduit par une sexualité normale et une communication compréhensive, l'acceptation de la maladie par le conjoint représente un soutien affectif de valeur pour lui.

2- L'analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

Le score est de 17 points, marqueur d'une anxiété légère car :

- **Présentation des résultats**

Dans le 1^{er} item « **humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible. Le patient a répondu qu'il est plus irritable ou se sent moins sûr de lui que d'habitude, leur présence est peu claire.

Dans le 2^{ème} item « **Tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée. Le patient a répondu qu'il n'est ni plus, ni moins tendu que d'habitude.

Dans le 3^{ème} item « **craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul, de la circulation, des inconnus, du noir... etc. Il est important de noter s'il y a davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode. Le patient a répondu qu'il n'est pas sûr si ses craintes sont présentes ou pas.

Dans le 4^{ème} item « **insomnie** » qui couvre l'expérience subjective du patient concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou sédatifs n'est pas prise en considération. Le patient a répondu que la durée est peu ou pas réduite (de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

Dans le 5^{ème} item « **Troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire. Le patient a répondu qu'il n'est pas sûr s'il a des difficultés de concentration ou de mémoire.

Dans le 6^{ème} item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir. Le patient a répondu qu'il n'est pas sûr s'il est plus abattu ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

Dans le 7^{ème} item « **Symptômes somatiques généraux : musculaires** » Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque. Le patient a répondu que les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

Dans le 8^{ème} item « **Symptômes somatiques généraux : sensoriels** » qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements. Le patient a répondu qu'il n'est pas sûr si ces indications montrent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

Dans le 9^{ème} item « **Symptômes cardio-vasculaires** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsation, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, la sensation de devoir s'évanouir. Le patient a répondu que leur présence est peu claire, n'arrive pas à déterminer leurs présences.

Dans le 10^{ème} item « **Symptômes respiratoires** » qui sont des sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante. Le patient a répondu que leur présence peu claire.

Dans le 11^{ème} item « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. Le patient a répondu absent pour les symptômes gastro-intestinaux.

Dans le 12^{ème} item « **Symptômes urinaires et génitaux** » inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection. Le patient a répondu absent pour les symptômes urinaires parce que la plupart des patients hémodialysés n'ont pas d'urine. Les symptômes génitaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement dans la vie sexuelle du patient.

Dans le 13^{ème} item « **autres symptômes du SNA (système nerveux automatique)** » qui inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. Le patient a répondu qu'un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du patient.

Dans le 14^{ème} item « **Le Comportement pendant l'entretien** », pendant l'entretien, une estimation globale est faite sur la base de nos observations, dans lesquelles on a déduit que c'est un malade qui a une anxiété légère, il s'est montré calme, mais il était un peu stressé.

3-L'analyse de questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie

Tableau 1: Montre le degré de la qualité de vie chez Larbi.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	50,4	60,50	90	87,5	75	70,5	35,50	47	64,55
MOS-SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale perçue est estimée à 64,55 et est un peu élevée en comparaison avec le score moyen référentiel MOS SF-36 qui est 64,30. Evaluation bien exprimée dans les 8 domaines, mise à part les dimensions : activité physique (50,4), vitalité la plus faible (35,50) et santé perçue (47). Et qui demeure plus élevée : celle de limitations dues à l'état physique (60), douleurs physiques (90) et vie et relation avec les autres (87,5). Mais les dimensions ; santé psychique (75) et limitations dues à l'état psychique (70,5) sont plus proches. Ce qui peut expliquer la bonne qualité de vie de Larbi.

❖ Résumé du cas Larbi

Durant l'entretien avec Larbi, on a déduit qu'il présente des troubles anxieux légers, depuis son atteinte d'IRC, son caractère et sa personnalité sont légèrement fragilisés; Larbi a un sentiment d'inquiétude vis-à-vis de sa place devant son entourage et son avenir, aussi une crainte pour sa vie sexuelle. Les résultats obtenus dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton sont de 17 points, ce qui signifie qu'il présente une anxiété légère.

Concernant la qualité de vie de Larbi, elle est jugée bonne par rapport à son état ; il a de bonnes relations avec sa famille qui lui apporte un bon soutien moral, et une sensation de bonheur surtout avec sa femme, ainsi il est important pour lui de réaliser ses tâches quotidiennes. D'après les réponses du patient et la cotation des résultats soutirés, on est arrivé à un résultat de 64,55 qui est positif (+) lié à son niveau d'anxiété légère.

Présentation du cas Salah

1-L'analyse de l'entretien clinique

Salah, homme âgé de 47 ans, deuxième d'une fratrie de trois garçons, est un homme pieux et très pratiquant, il s'est marié pour la première fois avec une femme qui le souligne t'il a été adorable, ils ont divorcé parce qu'elle était stérile. Son mariage a duré 3 ans. Cinq ans après son divorce, il s'est remarié, et il a réalisé son rêve ; avoir des enfants (2 garçons et 3 filles). Il a arrêté ses études dès la 9^{ème} année moyenne. Il travaille en tant qu'enseignant dans une école primaire. Actuellement il est en invalidité. Il était content et souriant de pouvoir participer à la recherche, et ce qui nous a marqué était le port d'un classeur à la main qui contient tout son dossier médical qu'il a ramené avec lui pour le mettre à notre disposition comme support afin d'illustrer son cas.

1.1-La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Depuis son enfance et durant son adolescence, Salah présentait des crises d'épilepsie ; il prenait du gardéнал comme un traitement antiépileptique prescrit par son psychiatre pendant 20 ans. A l'âge de 23 ans (en 1989) il s'est déplacé pour faire le service national, le médecin militaire a diminué la dose de ce traitement pour voir s'il va rechuter et faire des crises d'épilepsies comme avant, le résultat a été négatif : plus de crises. Par la suite, à l'âge de 26 ans (en 1992), il est atteint d'une insuffisance rénale chronique terminale qui le met directement sous dialyse à l'hôpital, jusqu'à nos jours.

Selon le malade, il y a absence du facteur héréditaire, il est le seul membre de la famille à avoir eu cette maladie chronique.

- **Le début et la cause de la maladie**

Salah nous parle de son frère qui le dépasse seulement d'un an, ils ont grandi ensemble, ils avaient une bonne entente et il était très proche de son frère. Salah nous a parlé du décès de son frère suite à un accident de voiture, quand il est venu le récupérer de l'hôpital après une crise d'épilepsie, ils étaient ensemble à ce moment là dans la voiture, et avec tristesse il nous annonce qu'il est décédé dans ses bras, accompagné d'un grand sentiment de culpabilité, ce triste événement a eu lieu lorsque notre patient avait l'âge de 25 ans (en 1992). Ce qui nous pousse à souligner la relation entre cet événement malheureux et le début de la maladie de Salah à l'âge de 26 ans.

- **Les complications de la maladie**

Salah nous parle des complications de sa maladie : il a annoncé la perte totale de la fonction urinaire, en outre il a abordé quelques problèmes tels que le rhumatisme, la tension et il nous a parlé des problèmes au niveau de l'estomac, qui le poussent à suivre un régime alimentaire très strict.

1.2- Investissement d'objet

- **Les événements importants dans la vie du patient**

L'événement qui a marqué le plus la vie du sujet est l'accident et le décès de son frère, il est resté traumatisé pendant près d'une année, « avec la mort de mon frère, j'ai perdu le goût de vivre ». D'autre part, durant l'entretien, le sujet a abordé des mésententes avec son jeune frère qui le culpabilise et le responsabilise sur la mort de son grand frère quand il l'a récupéré de l'hôpital, depuis il s'est installé un climat tendu entre les deux frères et une certaine répulsion (rejet), qui pousse Salah à s'isoler, il préfère la solitude que le soutien de son jeune frère.

- **La qualité de la vie relationnelle et professionnelle**

Salah est en bonne relation avec son entourage, sa famille, ses amis, ses voisins, etc. il nous parle de la réaction de son entourage vis-à-vis de la maladie, c'était quelque chose de nouveau pour eux, donc ils étaient étonnés et choqués, ils s'inquiétaient beaucoup pour Salah, surtout sa mère et son épouse d'après ses dires, ils l'ont beaucoup soutenu surtout sur le plan moral et il nous a dit : « ma relation avec eux n'a pas changé, ou je dirai qu'elle s'est améliorée, ils m'aident sur tous les niveaux, dans mes soins, mes déplacements, etc. ». Ils sont toujours présents pour le soulager et le distraire de ses soucis, ce milieu représente pour lui la fonction d'étayage qui lui procure un certain équilibre contre le sentiment de dépression. Concernant le milieu professionnel, Salah est invalide, donc il ne travaille pas.

- **La vie sexuelle du patient**

La maladie de Salah est venue pour changer un peu sa vie de couple, malgré l'entente et l'amour qu'il y a entre lui et son épouse, Salah essaye toujours d'apparaître de bonne humeur pour diminuer l'inquiétude de sa compagne qui n'arrête pas de penser à sa santé, au point de le priver des rapports sexuels, qu'elle juge fatigant pour son mari, alors qu'il en a besoin, soit elle se refuse, soit elle lui trouve des excuses.

1.3- L'anxiété

- **Troubles psychologiques anxieux**

Salah se voit toujours malade, incapable, diminué, il lui manque toujours quelque chose. Il nous parle de ses efforts pour cacher cela à sa famille pour qu'elle ne ressente pas cette inquiétude en lui, en utilisant le mécanisme de répression. Il nous dit : « même si je ne suis pas bien, si je suis inquiet, je garde cela uniquement pour moi », il nous dit clairement qu'il stresse trop, s'énerve beaucoup aussi, la maladie, la situation familiale, tous ces facteurs augmentent son anxiété, et lui font perdre le contrôle de ses nerfs, au point où il devient violent, il lui arrive de frapper son épouse, ce qui signifie qu'il traite le débordement d'excitations par le recours au comportement.

Pendant l'entretien on lui a posé une question sur son avenir, Salah a eu des larmes aux yeux en disant qu'il n'a aucun avenir, il restera dans cet état jusqu'à sa mort, on souligne qu'il a traité cette excitation par la voie du comportement.

- **Les caractéristiques de la vie onirique (cauchemars)**

On trouve que le sujet fait des rêves mais pas toujours, car il a signalé durant l'entretien qu'il ne rêvait pas trop, donc sa vie onirique est pauvre. La plupart sont des rêves opératoires liés aux problèmes de la journée ou des rêves crus, il rêve qu'il se baigne dans une rivière et soudain il aperçoit son fils se noyer, ce dernier lui demande de l'aider, alors il se réveille en sursaut, ainsi il est hanté par la mort.

- **Les conséquences et le traitement de l'anxiété**

Le patient a dévoilé pendant l'entretien qu'il souffre de plusieurs troubles anxieux, sur lesquels il se fait beaucoup de soucis. Il devient agité et énervé pour des choses banales, il a une sensation de tension mentale et se trouve dans l'incapacité de se relaxer. Il éprouve de grandes difficultés de concentration ou une sensation d'esprit vide, il a une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait lui arriver. Il se fait beaucoup de soucis pour son avenir et n'arrive pas à tenir en place. Il nous a également parlé de ses craintes pour sa vie sexuelle, actuellement il est seulement sous le gardéнал qui est un traitement contre les convulsions.

1.4- La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

Il vit le plus normalement du monde, mais sans négliger l'influence de sa maladie sur sa vie quotidienne. Salah a de bonnes relations avec son entourage, il vit chez sa famille avec laquelle il entretient de bons rapports, il trouve le soutien de leur part. Quand à sa femme, il rajoute ; « elle est toujours à mes côtés, elle m'aide et elle me soutient ».

Les relations sociales de Salah sont acceptables, il a eu le soutien de ses amis, ses voisins, etc. Et concernant le milieu professionnel, on a signalé précédemment qu'il est en invalidité.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

La vie conjugale de Salah est un peu perturbée pour lui, car il a également peur pour sa vie sexuelle, il s'inquiète que sa conjointe ne soit lasse de cette situation ; il a peur de ne pas la satisfaire et il craint qu'elle le trompe. Mais pour sa femme, elle est toujours présente, elle ne le force pas pour les rapports sexuels pour éviter de le fatiguer. Au total elle est très compréhensive pour la situation de son mari, selon les dires du patient : « j'ai de la chance d'avoir une femme comme elle ». Salah idéalise sa femme d'une façon positive ce qui l'aide à dépasser le sentiment dépressif.

2-L'analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

Le score est de 21 points, marqueur d'une anxiété légère à modérée car :

Présentation des résultats

Dans le 1^{er} item « **humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que l'appréhension à un effroi irrésistible. Le patient a répondu qu'il est plus irritable ou se sent moins sûr de lui que d'habitude.

Dans le 2^{ème} item « **Tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée. Le patient a répondu qu'il est plus nerveux et tendu que d'habitude.

Dans le 3^{ème} item « **craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul, de la circulation, des inconnus, du noir... etc. il est important de noter s'il y a davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode. Le patient a répondu qu'il n'est pas sûr si ses craintes sont présentes ou pas.

Dans le 4^{ème} item « **insomnie** » qui couvre l'expérience subjective du patient concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes, à noter que

l'administration de calmants ou sédatifs n'est pas prise en considération. Le patient a répondu que la durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

Dans le 5^{ème} item « **Troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines du quotidien, et les problèmes de mémoire. Le patient a répondu qu'il n'est pas sûr s'il a des difficultés de concentration ou de mémoire.

Dans le 6^{ème} item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir. Le patient a répondu qu'il est plus clairement concerné par des vécus déplaisants, bien qu'il ne se sente ni impuissant ni sans espoir.

Dans le 7^{ème} item « **Symptômes somatiques généraux : musculaires** » qui englobe la faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque. Le patient a répondu qu'il semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

Dans le 8^{ème} item « **Symptômes somatiques généraux : sensoriels** » qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements. Le patient a répondu que les sensations de pression sont fortes au point que ses oreilles bourdonnent, sa vision est perturbée et des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau apparaissent.

Dans le 9^{ème} item « **Symptômes cardio-vasculaires** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsation, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, l'impression de s'évanouir. Le patient a répondu que les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le patient peut les contrôler.

Dans le 10^{ème} item « **Symptômes respiratoires** » qui sont des sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et une respiration soupirante. Le patient a répondu que les symptômes respiratoires sont présents, mais il est toujours capable de les contrôler.

Dans le 11^{ème} item « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlure dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la

sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. Le patient a répondu absent pour les symptômes gastro-intestinaux.

Dans le 12^{ème} item « **Symptômes urinaires et génitaux** » qui inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection. Le patient a répondu absent pour les symptômes urinaires parce que la plupart des patients hémodialysés n'ont pas d'urine. Les symptômes génitaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement dans la vie sexuelle du patient.

Dans le 13^{ème} item « **autres symptômes du SNA (système nerveux automatique)** » qui inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. Le patient a répondu qu'il y a une présence peu claire.

Dans le 14^{ème} item « **Le Comportement pendant l'entretien** », pendant l'entretien, une estimation globale est faite sur la base de nos observations, à partir desquelles on a déduit que c'est un malade qui a une anxiété légère à modérée, il s'est montré un peu stressé et inquiet.

3-L'analyse de questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie

Tableau 1 : Montre le degré de la qualité de vie chez Salah.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	68,50	50,5	65,50	79,5	68,60	60,75	70	52,75	64,52
MOS-SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale perçue est estimée à 64,52, elle est élevée en comparaison avec le score moyen référentiel MOS SF-36 qui est 64,30. L'évaluation est bien exprimée dans les 8 domaines, mise à part les dimensions : activité physique (68,50), l'état physique (50,5), douleurs physique (60,50), l'état psychique (68,60) et enfin la santé perçue (52,75), et qui demeure plus élevée que celle de la vie et de la relation avec les autres (79,5) et vitalité (70), mais la santé psychique (68,60) est plus proche de (70,83).

Ce qui peut s'expliquer par l'absence des complications de la vie et de la relation avec les autres et de la vitalité. Bien que l'état physique, santé perçue et limitations dues à l'état psychique demeure un peu bas comparativement à la moyenne référentielle, il semble

exprimer l'impact positif sur l'état psychique et les relations sociales et familiale de Salah.

❖ **Résumé du cas Salah**

Après avoir analysé notre entretien avec Salah, on a déduit qu'il présente des troubles anxieux légers : un sentiment d'inquiétude envers sa famille proche et l'avenir de sa maladie, il devient violent dans certaines situations et perd le contrôle de lui-même. Le score obtenu dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton est de 21 points, marqueur d'une anxiété légère à modérée.

Concernant sa qualité de vie, on note une bonne communication avec les membres de sa famille ainsi que de bonnes relations avec son entourage. Salah présente une sensation de bonheur et de bonne vitalité qui lui a procuré une bonne qualité de vie. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées par ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans le tableau est (64,52), qui est (+) signifie une qualité de vie jugée positive liée à son niveau d'anxiété léger.

Présentation du cas Halim

1-L'analyse de l'entretien clinique

Halim âgé de 30 ans, est un homme charmant aux cheveux noirs, yeux marron, d'une taille moyenne, il est le troisième d'une fratrie de 4 membres : une fille et trois garçons. Marié depuis deux ans, il n'a pas encore d'enfants, son niveau d'instruction est de 7^{ème} année moyenne, il travaille comme agent de sécurité dans une cité universitaire, il joue dans une équipe de football. Ses loisirs sont le sport, la lecture et le cinéma, il s'exprime d'une façon très intelligente.

1.1- La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Dans les antécédents du malade, on retrouve le diabète à l'âge de 8 ans, à cause de ce dernier il a été hospitalisé pendant un mois, opéré en 2009 de ses yeux à cause des cataractes. En 2010, il a eu une apparition d'une asthénie en rapport avec l'anémie qui a motivé le patient à consulter un médecin spécialiste. Après l'exploration biologique, on a retrouvé une défaillance de la fonction rénale avec une urée à 2,09 g/l et une créatinine à 72 mg/l, ce qui signifie une insuffisance rénale chronique. Il a été orienté vers le service de Néphrologie et hémodialysé vers la fin de 2011.

Selon le malade, il n'y a pas de facteur héréditaire, il est le seul membre de la famille qui a cette maladie chronique.

- **Le début et la cause de la maladie**

Durant l'entretien le patient n'a pas souligné les événements traumatisants auxquels il a souffert, il s'est limité aux différentes maladies organiques dont il a souffert avant d'être en insuffisance rénale chronique en phase terminale, principalement la douloureuse expérience durant laquelle il a été hospitalisé un mois à cause du diabète, ainsi que l'intervention qu'il a subi pour ses yeux. Depuis sa maladie (insuffisance rénale chronique), sa santé ne cesse de se dégrader.

Selon le patient, sa maladie est due aux produits qu'il a consommés durant la période où il pratiquait du sport tels que les protéines, ainsi que le diabète à un âge très précoce pour lui.

- **Les complications de la maladie**

Le diabète du Halim s'aggrave jour après jour, parmi les complications dues à ce dernier, l'insuffisance rénale chronique. Le fonctionnement des deux reins de Halim ainsi que

leurs dimensions ont nettement diminué, le patient déclare que malgré sa maladie, il mange normalement, mais il ressent toujours de la fatigue, il dort presque toute la nuit cependant avec quelques difficultés.

1.2- Investissement d'objet

- **Les événements importants dans la vie du patient**

Au cours de l'entretien, le patient nous a raconté que lorsqu'il avait 12 ans, il avait subi une tentative de viol par l'ami de son frère, ce qui l'avait angoissé et traumatisé pendant plusieurs mois.

Halim parle aussi de sa disposition de vie avant d'être IRC ; il révèle qu'il était alcoolique, des soirées chaque soir avec ses amis, il rentrait tard à la maison, ce qui lui causait des problèmes avec sa famille.

En 2009, son père tombe malade et quelques mois plus tard il décède. Un an après, le malade décide de se marier, à partir de 2011 un mois avant son mariage, la santé de Halim commence à se dégrader brutalement. A la fin de la même année, il découvre son insuffisance rénale ce qui bouleverse son univers, il est mis sous dialyse quelques jours après.

- **La qualité de la vie relationnelle et professionnelle**

Halim est une personne sociable, il a de bonnes relations avec les autres, surtout avec ses sœurs avec qui il est très complice, au point qu'elles lui ont proposées de lui donner un rein. Ce qui explique son optimisme et son espoir de vivre normalement. D'autre part, sa femme est très présente et le soutien dans son combat contre sa maladie, c'est grâce à elle, qu'il est encore en vie, le patient déclare « elle me dit qu'elle restera avec moi jusqu'à ce que la mort nous sépare »¹. Concernant ses relations professionnelles, dans l'ensemble elles sont bonnes, selon lui il y a même certains collègues qui ne savent pas qu'il est hémodialysé. Depuis sa maladie, Halim ne sort pas beaucoup, il préfère s'isoler dans la maison pour éviter certains discours surtout sur son IRC, comme il a cité qu'il ne fait plus de voyages pour rendre visite à ses sœurs, qui habitent très loin de chez lui, à cause des séances de dialyse qu'il ne peut pas rater.

¹- أنقيم لوجي ألمي تفرقغ لملوث

- **La vie sexuelle du patient**

D'après l'entretien, le patient déclare qu'il vit une vie sexuelle réjouissante, et il ne s'inquiète pas pour les rapports sexuels avec sa femme, car il lui fait son plaisir malgré sa fatigue et car il a peur de la perdre ou qu'elle le trompe.

1.3- L'anxiété

- **Les troubles psychologiques anxieux**

Halim s'inquiète vis-à-vis des séances de dialyse, il nous dit qu'il est un peu nerveux mais qu'il a du courage. Concernant sa maladie, il dit qu'il ne s'inquiète pas, mais il se sent gêné par rapport à l'avenir, il ressent une peur devant le futur. Il s'inquiète également pour sa vie sexuelle, ainsi la peur de perdre des moments de plaisir et de désirs. Mais Halim espère toujours guérir de sa maladie et avoir une greffe.

- **Les caractéristiques de la vie onirique**

Le malade fait des rêves répétitifs de son enfance, il se souvient que sa maîtresse à l'école le punissait et le ridiculisait devant tous ses camarades, Halim se souvient aussi d'un autre rêve qui l'a marqué, au cours duquel il arrive toujours en retard à ses examens qu'il ne réussit jamais à passer.

- **Les conséquences et le traitement d'anxiété**

Halim présente des troubles anxieux dont quelques-uns sont légers, tels que l'inquiétude pour son avenir, le stress, ainsi que l'irritabilité qui est due à l'avenir de sa femme par rapport à sa maladie, malgré ces comportements, la vie de Halim n'est pas affectée d'une façon grave, selon ses dires il ne prend aucun traitement anxiolytique.

1.4- la qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

Après son mariage et sa maladie au même temps, il a ressenti une grande responsabilité, une culpabilité et un profond regret pour son passé, sa femme est toujours à ses côtés, elle prend soin de lui malgré sa souffrance psychique due à l'inquiétude sur son état.

Concernant sa vie professionnelle, il nous a raconté qu'il a de bonnes relations avec quelques uns de ses collègues qui le remplacent et aussi avec son directeur de travail ; il souligne « mes collègues me remplacent les jours où je fais mes séances de dialyse ». Par rapport à son avenir, Halim dit qu'il veut une seule chose : vivre aussi longtemps que possible pour avoir des enfants, être père et construire une belle famille.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

La vie conjugale de notre patient est assez équilibrée, elle est interprétée par une sexualité habituelle et une correspondance bienveillante entre lui et sa conjointe, il n'a aucun problème, sa femme respecte son état de santé, car elle ne l'oblige pas à avoir des rapports sexuels qui n'ont lieu que selon son bon vouloir, sa volonté.

2-L'analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

Le score est de 23 points, marqueur d'une anxiété légère à modérée car :

- **Présentation des résultats**

Dans le 1^{er} item « **humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi l'appréhension à un effroi irrésistible. Le patient a répondu qu'il est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations secondaires et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du patient.

Dans le 2^{ème} item « **Tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée. Le patient a répondu qu'il est plus nerveux et tendu que d'habitude.

Dans le 3^{ème} item « **craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul, de la circulation, des inconnus, du noir... etc. Il est important de noter qu'il y a davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode. Le patient a répondu qu'il vit de l'anxiété phobique mais il est capable de lutter contre.

Dans le 4^{ème} item « **insomnie** » qui couvre l'expérience subjective du patient concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou sédatifs n'est pas prise en considération. Le patient a répondu que la profondeur du sommeil est un peu perturbée.

Dans le 5^{ème} item « **Troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire. Le patient a répondu que même en faisant un gros effort, il éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien.

Dans le 6^{ème} item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir. Le patient a répondu qu'il ne sait pas s'il est plus abattu ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

Dans le 7^{ème} item « **Symptômes somatiques généraux : musculaires** » qui englobe la faiblesse, la raideur, allodynie ou les douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque. Le patient a répondu que les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point dans sa vie et son travail quotidien.

Dans le 8^{ème} item « **Symptômes somatiques généraux : sensoriels** » qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements. Le patient a répondu que les sensations de pression sont fortes au point que ses oreilles bourdonnent et qu'il a des fourmillements de la peau.

Dans le 9^{ème} item « **Symptômes cardio-vasculaires** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsation, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir. Le patient a répondu que leur présence n'est pas claire.

Dans le 10^{ème} item « **Symptômes respiratoires** » qui sont des sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et une respiration soupirante. Le patient a répondu que leur présence était peu claire.

Dans le 11^{ème} item « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvrent les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlure dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. Le patient a répondu absent pour les symptômes gastro-intestinaux.

Dans le 12^{ème} item « **Symptômes urinaires et génitaux** » qui incluent des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection. Le patient a répondu absent pour les symptômes urinaires parce que la plupart des patients hémodialysés n'ont pas d'urine. Les symptômes génitaux sont présents la plupart du temps.

Dans le 13^{ème} item « **autres symptômes du SNA (système nerveux automatique)** » qui inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. Le patient a répondu que leur présence peu claire.

Dans le 14^{ème} item « **Le Comportement pendant l'entretien** », pendant l'entretien, une estimation globale est faite sur la base de nos observations, à partir desquelles on a déduit

que c'est un malade modérément anxieux, il s'est montré un peu inquiet pour l'avenir de sa femme après son absence.

3-L'analyse de questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie

Tableau 1 : Montre le degré de la qualité de vie chez Halim.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	60,5	62,5	70	75	70	68,75	65	58,50	66,38
MOS-SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale perçue est jugée à 66,38, elle est élevée par rapport au score moyen référentiel MOS SF-36 qui est 64,30. L'évaluation est bien exprimée dans les 8 domaines, surtout dans la dimension (PF) concernant l'activité physique, estimée à (60,5), face à la norme qui est (70,61) ce qui met en cause le problème physique du patient. Bien que les trois dimensions demeurent proches de la norme ; la dimension (BP) des douleurs physiques de (70), la dimension (SF) de (75) et la dimension santé psychique (MH) de (70) sont dans les normes comparativement avec celle du SF-36. Avec une évaluation positive des dimensions ; limitations dues à l'état physique, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique, signe de bonne conduite chez Halim.

❖ Résumé du cas Halim

D'après l'analyse de l'entretien du cas Halim, on a constaté qu'il présente une anxiété légèrement apparue : il a une peur intense devant le futur en relation avec le développement sa maladie, s'inquiète sur sa vie sexuelle. Mais ces troubles sont atténués par son environnement favorable et le soutien positif de sa femme et de sa famille. Les résultats obtenus dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton est de 23 points, ce qui signifie qu'il présente une anxiété légère à modérée.

Concernant sa qualité de vie, Halim a une bonne qualité de vie qui est estimée à (66,38) par rapport au score référentiel (64,30), c'est un signe que Halim a de bonnes relations soit familiales, sociales et professionnelles, il présente un bien-être physique et psychique, malgré toutes ces complications ; la vie de Halim est peu affectée et liée à son niveau d'anxiété léger.

Présentation du cas Nassima

1- L'analyse de l'entretien clinique

Nassima est une femme âgée de 69 ans, blonde avec des cheveux châtain très courts, elle est de taille moyenne. Deuxième d'une fratrie de trois enfants (garçons), c'est la fille unique. Mariée depuis 45 ans, mère de deux garçons, elle a un niveau d'instruction de 9^{ème} année moyenne. A l'époque elle a travaillé comme institutrice dans une école primaire pendant un an, après elle a suivi une formation d'infirmière puis devient par la suite, infirmière chef de service dans un hôpital. Pendant l'entretien, Nassima s'est montrée souriante, coopérative, motivée, ce qui donne une connotation positive au transfert.

1.1-La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Au cours de l'entretien Nassima a déclaré avoir eu, à l'âge de 20 ans, des pics de tension, pour lesquelles elle suit toujours un traitement. A l'âge de 46 ans (en 1989), la patiente fit une première fausse couche à cause d'un fibrome, qu'elle a enlevé par une intervention chirurgicale à Constantine dans la même année. D'après la patiente la fausse couche, durant laquelle elle a perdu beaucoup de sang, a induit une anémie. A l'âge de 65 ans (en 2008), Nassima a souffert de maux de tête et de vertiges et a consulté un médecin qui a découvert une insuffisance de la fonction rénale (moins de 10%). Quelques jours plus tard, elle a été obligée de suivre une dialyse afin de préserver sa vie et depuis trois fois par semaine, elle se rend au centre d'hémodialyse.

Selon Nassima, il y a absence du facteur héréditaire, cette dernière étant le seul membre de la famille à avoir cette maladie chronique.

- **Le début et la cause de la maladie**

Nassima a dévoilé pendant l'entretien que c'est l'expérience de la fausse couche pendant laquelle elle a perdu beaucoup de sang à cause du fibrome qui l'a traumatisée. Elle se sentait faible et impuissante, ressentait la peur de ne plus jamais enfanter, elle présentait des signes de dépression tels que manque d'appétit, insomnies, nervosité.

Selon les propos de la patiente, on comprend que la fausse couche et l'opération sur le fibrome qu'elle a subi ont provoqué une anémie qui a joué un rôle important dans l'évolution de l'insuffisance rénale chronique de Nassima.

- **Les complications de la maladie**

Nassima décrit un dessèchement important depuis le début de son IRC, qui ne fait qu'empirer le sentiment d'impuissance et de dégoût qui prédomine en elle. Cette dernière se plaint aussi de fatigue qui l'empêche de faire certaines tâches, des difficultés respiratoires dues aux déchets qui se sont accumulés en elle, ainsi que la perte totale de la fonction urinaire.

1.2- Investissement d'objet

- **Les événements importants dans la vie de la patiente**

Durant l'entretien, Nassima déclare qu'elle a échoué à l'examen de 9^{ème} année moyenne, aussi à l'âge de 16ans, elle a perdu son père suite à un accident de voiture. Elle considère cela comme un mauvais souvenir qu'elle ne peut oublier, comme sa fausse couche.

En 1969, Nassima a 26 ans, c'est une année de bonheur et de joie car c'est l'année où elle s'est mariée. Puis Nassima parle du malheur et de la tristesse provoqués par la fausse couche. Sa tristesse est amplifiée lorsqu'elle découvre son insuffisance rénale chronique, aussi la patiente nous fait part de son refus du traitement par la dialyse, mais si elle ne s'y soumet pas, elle sera morte.

- **La qualité de la vie relationnelle et professionnelle**

D'après l'entretien, on a pu cerner la qualité de vie relationnelle de Nassima. Dès le premier contact, la patiente est très sociable, aime bien les gens, elle a beaucoup d'amis, même avec le personnel médical. Concernant sa famille, elle nous a dit qu'elle a de très bonnes relations avec ses frères, son mari prend en charge toutes les dépenses médicales. Revenant à la qualité de vie professionnelle de Nassima, elle a décidé de prendre une retraite anticipée dès qu'elle a su qu'elle était atteinte d'insuffisance rénale chronique terminale.

- **La vie sexuelle de la patiente**

Nassima vit une vie sexuelle normale par rapport à sa maladie, pas de difficultés à citer, elle a beaucoup de confiance en elle et n'a aucun complexe vis-à-vis de son physique. Son mari est très compréhensif avec elle, il ne lui demande pas trop dans leur vie intime.

1.3- L'anxiété

- **Les troubles psychologiques anxieux**

Au cours de l'entretien, Nassima nous a dit qu'elle était devenue insupportable pour son entourage les premiers temps (cela a duré une année). Elle était tout le temps stressée, anxieuse, faisait souvent des crises de nerfs qu'elle avait du mal à gérer et qui interféraient de manière marquée dans sa vie quotidienne. Aujourd'hui, elle s'inquiète pour sa famille,

surtout son mari qui est souvent absent suite aux voyages de travail, l'avenir de ses enfants, sa vie sexuelle l'inquiète beaucoup et elle craint de provoquer chez son conjoint un dégoût.

Nassima a un profond désir d'apparaître comme tout le monde. De ce fait, la préoccupation de son apparence lui demande beaucoup d'efforts. C'est un moyen de lutter contre les modifications de l'image de son corps liées à la maladie chronique, (pâleur, fistule, etc.). On souligne que Nassima utilise des mécanismes narcissiques afin de préserver son corps contre la maladie.

- **Les caractéristiques de la vie onirique (cauchemars)**

Au début, Nassima n'a pas voulu raconter ses rêves révélant qu'à chaque fois qu'elle les raconte aux autres il lui arrive malheur. Mais après une petite hésitation, elle finit par nous raconter deux qui l'affectent beaucoup : dans le premier, elle subit une deuxième fausse couche, dans le second, c'est le câble de la machine de l'hémodialyse qui rompt, suite à cela elle perd sa vie. On souligne que la qualité de rêve est répétitive selon Marty P, ce qui prouve qu'elle est en état de choc, elle rêve des événements les plus traumatisants ; un qui touche sa féminité et sa fertilité, et l'autre cette machine qui lui procure la vie, et qui peut être un jour va s'arrêter et provoquer sa mort.

- **Les conséquences et le traitement d'anxiété**

Elle présente une anxiété enfoncée, un sentiment d'inquiétude et une profonde tristesse, elle n'arrive plus à contrôler ou à gérer ses sentiments qui l'empêchent de vivre, la raison pour laquelle elle prend des antidépresseurs (l'exomine).

1.4- La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

La vie de notre patiente est pleine des choses qui l'intéresse, sa vie quotidienne pour elle est normale dans l'ensemble, stable, elle aime conduire ce qui est impossible, elle adore les voyages, la nature, s'occuper de sa maison, de ses enfants. Elle a de bonnes relations que ce soit dans la famille, avec son mari qui prend bien soin d'elle, sa belle famille et ses enfants, ou avec son entourage. Concernant ses relations sociales, elles sont bonnes ; avec ses amis et aussi dans le milieu professionnel avec ses collègues de travail avant de prendre sa retraite anticipée.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

Selon la patiente, sa vie sexuelle est bonne dans l'ensemble, elle est toujours désirée par son mari. Sa vie affective s'est améliorée depuis sa maladie.

2- L'analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

Nassima présente le score est de 27 points, marqueur d'une anxiété modérée à grave car :

- **Présentation des résultats**

Dans le 1^{er} item « **humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible. La patiente a répondu que quelquefois, l'anxiété est plus difficile à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec sa vie quotidienne.

Dans le 2^{ème} item « **Tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée. La patiente a répondu qu'elle est plus nerveuse et tendue que d'habitude.

Dans le 3^{ème} item « **craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seule, de la circulation, des inconnus, du noir... etc. Il est important de noter s'il y a davantage d'anxiété phobique que l'habitude pendant cet épisode. La patiente a répondu qu'elle vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

Dans le 4^{ème} item « **insomnie** » qui couvre l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou sédatifs n'est pas prise en considération. La patiente a répondu qu'elle ne dort pas, elle trouve des difficultés d'endormissement.

Dans le 5^{ème} item « **Troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire. La patiente a répondu qu'elle n'est pas claire si elle a des difficultés de concentration ou de mémoire.

Dans le 6^{ème} item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir. La patiente montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

Dans le 7^{ème} item « **Symptômes somatiques généraux : musculaires** » Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque. La patiente a répondu qu'elle semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

Dans le 8^{ème} item « **Symptômes somatiques généraux : sensoriels** » qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant

l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements. La patiente a répondu que les sensations de pression sont fortes au point que ses oreilles bourdonnent, sa vision est perturbée et des sensations de démangeaisons ou de fourmillements apparaissent.

Dans le 9^{ème} item « **Symptômes cardio-vasculaires** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsation, de cognement dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir. La patiente a répondu que leur présence n'est pas claire.

Dans le 10^{ème} item « **Symptômes respiratoires** » qui sont des sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante. La patiente a répondu que les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec sa vie quotidienne.

Dans le 11^{ème} item « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. La patiente a répondu qu'elle n'est pas claire s'il existe une différence avec le vécu habituel.

Dans le 12^{ème} item « **Symptômes urinaires et génitaux** » inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce. La patiente a répondu absent pour les symptômes urinaires parce que les patients hémodialysés n'ont pas d'urine. Les symptômes génitaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement dans la vie sexuelle de la patiente.

Dans le 13^{ème} item « **autres symptômes du SNA (système nerveux automatique)** » qui inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. La patiente a répondu qu'un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne.

Dans le 14^{ème} item « **Le Comportement pendant l'entretien** », pendant l'entretien, une estimation globale est faite sur la base de nos observations, à partir desquelles on a déduit que c'est une malade anxieuse modérée à grave, elle s'est montrée nerveuse, agitée, inquiète, pâle et en sueur.

3-L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie SF-36

Tableau 1 : Montre le degré de la qualité de vie chez Nassima.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	30	50	57,50	75	75	25	60	62,5	54,37
MOS-SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale perçue, est estimée à 54,37 ; elle est basse en comparaison avec le score moyen référentiel SF-36 qui est 64,30. Evaluation bien exprimée dans les 8 domaines, mise à part les dimensions : santé physique (30), limitations dues à l'état physique (50), et enfin limitations dues à l'état psychique (25) qui demeure plus élevée que celle de la vitalité (60) et santé perçue (62,5) et les douleurs physiques (57,50) est un peu proche de (70,83) et aussi la santé psychique (75) proche de (70,83), aussi la vie et la relation avec les autres (75), signe de bonnes relations avec l'entourage.

Ce qui peut s'expliquer par l'absence des complications de vitalité et la santé perçue, bien que la dimension limitations dues à l'état physique demeure la plus faible (25) comparativement au moyen référentiel (65,78), et les limitations dues à l'état physique semblent exprimées l'impact négatif de la maladie sur l'état psychique de Nassima.

❖ Résumé de cas de Nassima

D'après l'analyse de l'entretien du cas de Nassima, on constate que la patiente, souffre du syndrome d'anxiété qui est le résultat de nombreuses rechutes, qui exclut les symptômes physiques, elle se réduit en symptômes psychiques qui sont : inquiétude, nervosité, irritabilité et pleurs faciles, la patiente forge (se fait) des plans pessimistes concernant sa vie et ainsi l'idée de mourir à n'importe quel moment, elle a peur également de ne jamais réaliser ses rêves. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées d'après ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton est de 27 points, marqueur d'une anxiété modérée à grave.

En ce qui concerne la qualité de vie de Nassima, elle présente une qualité de vie mauvaise, par rapport aux signes qu'elle présente : sa perte du goût de la vie, des sensations de malaise dues à sa maladie, ainsi, elle n'arrive plus à accomplir ses tâches quotidiennes à

cause des douleurs physiques et des soucis qu'elle se fait pour sa famille, cela signifie que notre patiente vit des conflits psychiques liés à son état d'anxiété exagérée, dû aux symptômes précédents. D'après les résultats, Nassima présente une qualité de vie jugée négative (54,37) par rapport à la moyenne référentielle (64,30), liée à son niveau d'anxiété élevé.

Présentation du cas Aicha

1-L'analyse de l'entretien clinique

Aicha femme âgée de 50 ans, blonde avec yeux verts, grande taille, est la sixième d'une fratrie de 10 membres, de 4 sœurs et 6 frères. Elle s'est mariée à l'âge de 12 ans avec son cousin, cela lui fait 38 ans de mariage, elle est mère de six enfants : 3 garçons et 3 filles. Son niveau d'instruction est 6^{ème} année primaire, femme au foyer, on a effectué avec elle un seul entretien qui s'est terminé par une demande de prise en charge.

1.1-La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Durant son enfance, la patiente n'a souffert d'aucune maladie jusqu'à l'âge de 15 ans. A 16 ans, elle a un fibrome ; après un traitement de 5 mois elle l'enlève par une intervention chirurgicale. Elle a été hospitalisée 2 fois à cause de cette maladie. A l'âge de 46 ans, en 2009, elle se plaint de douleurs abdominales et consulte un médecin, après plusieurs examens médicaux tels que la coloscopie, le scanner et après différentes orientations de plusieurs spécialistes de diverses wilayas: Constantine, Alger, et Sétif, on lui a annoncé ici, à Bejaia, que ses reins ne fonctionnaient plus. Le médecin lui a préconisé directement la dialyse durant deux mois, sans qu'elle sache la nature de sa maladie, qui est chronique et qui demeure à vie, que seul son mari connaissait.

Aicha était déprimée, elle a blâmé son médecin pour ne pas l'avoir informé d'avance sur le traitement en dialyse, mais le médecin l'encourage en lui parlant des cas similaires au sien.

On pense que l'insuffisance rénale chronique terminale de Aicha est héréditaire, en effet il existe des cas similaires dans sa famille, en l'occurrence ses trois frères.

- **Le début et la cause de la maladie**

L'entretien avec Aicha a révélé des événements traumatiques dans sa vie qui peuvent être en relation avec sa maladie : la mort de ses trois frères dont deux sont morts suite à cette maladie (hémodialyse) et l'autre, après une tumeur au cerveau additionnée à une IRC, puis le décès de sa fille à l'âge de 32 ans, qui lui ont laissé un grand vide, et en plus de cela, sa maladie qui a bouleversé sa vie.

- **Les complications de la maladie**

Aicha nous parle de douleurs musculaires après l'opération qu'elle a subi pour son fibrome, et qui ne cessent de se propager dans son corps, ainsi que quelques complications liées à sa maladie telles que : la tension artérielle apparue depuis un an et demi et le rhumatisme qui ne s'atténue pas avec le traitement.

1.2-Investissement de l'objet

- **Les événements importants dans la vie de la patiente**

Durant l'entretien, Aicha nous a parlé de la mort de ses trois frères et celle de sa fille d'une manière brutale, ces événements tragiques ont laissé des blessures profondes en elle. Aicha n'arrive pas à oublier ces événements traumatisants. Suite à cela, elle nous a parlé de sa maladie qu'elle considère comme un obstacle dans sa vie, selon ses dires elle a mis un an pour l'accepter et faire le deuil de ses reins défaillants, mais cela reste relatif car elle souffre encore de son état.

- **La qualité de la vie relationnelle et professionnelle**

La patiente après sa maladie a manifesté un léger retrait social, car elle évite de s'afficher trop en public par crainte de découvrir sa maladie, qu'elle continue toujours à cacher mais cela ne l'empêchera pas de garder un bon contact avec sa famille proche et sa belle famille. Elle spécifie sa relation avec son mari, qu'elle idéalise positivement selon ses dires « comme un ange », toujours à son côté et il l'a beaucoup soutenu. Elle nous annonce aussi que les gens qui sont au courant pour sa maladie, la soutiennent énormément. Quant à la vie professionnelle, la patiente est une femme au foyer.

- **La vie sexuelle du la patiente**

Aicha a une bonne entente avec son mari, qui l'estime bien et qui l'aime énormément, quant à sa sexualité elle n'a aucun problème avec son mari au contraire, elle nous dit qu'il respecte toujours ses désirs concernant le rapport sexuel, mais elle nous a révélé qu'elle n'atteint pas l'orgasme à cause de son anxiété, qui l'a rendue frigide.

1.3- Anxiété

- **Troubles psychologiques anxieux**

Aicha est très anxieuse, et l'état dans lequel elle est venue nous voir nous le prouve. Néanmoins, elle nous dit qu'elle s'énerve beaucoup et rapidement et qu'elle n'arrive pas à se contrôler, ce qui la pousse à avoir des comportements impulsifs, car depuis qu'elle est hémodialysée, elle s'isole et se sent différente des autres. Elle s'inquiète par rapport à sa

maladie, la patiente exprime clairement qu'elle a peur de perdre son foyer, elle vit des crises de larmes, elle se demande toujours pourquoi elle a subi cela, toutes ces manifestations sont en rapport avec le mécanisme de recours aux comportements. Quand elle s'énerve, elle se dispute avec ses enfants, elle pleure et aussi elle est obsédée par l'idée de la mort, selon ses dires « j'ai peur de mourir comme mes frères », ce qui la soulage c'est la prière à travers laquelle elle prie Dieu de lui donner la force pour faire face à cela et se dépasser, elle utilise le mécanisme de contrôle qui résume dans l'intégration des références sociales et du sens commun.

- **Les caractéristiques de la vie onirique (cauchemars)**

Les rêves de Aicha se caractérisent par des cauchemars et cela depuis sa maladie, et le contenu de ses rêves est la découverte de son entourage pour sa maladie cachée. Ce contenu est lié à son souci à propos de garder le secret sur sa maladie.

- **Les conséquences et le traitement de l'anxiété**

Pour Aicha, vivre sa maladie en cachette de son entourage lui cause de l'anxiété. Et cela a influencé ses habitudes sociales, elle évite de rester en public par crainte qu'il ne découvre la réalité de sa maladie, et ce qui a amplifié cela, c'est sa situation financière difficile.

La patiente éprouve un malaise et une certaine instabilité lorsque les proches lui parlent de sa maladie et de son état, elle n'aime pas le sentiment de pitié et de peine qu'ils portent sur elle. Elle a également un problème d'endormissement qui est lié à l'inquiétude excessive. Actuellement Aicha ne prend aucun traitement.

1.4- La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

La vie de Aicha a changé depuis sa maladie, malgré ses bonnes relations avec sa famille proche, surtout son mari, Aicha a l'impression qu'elle devient une charge pour eux. Concernant ses relations sociales, la patiente nous a dit qu'elle n'a pas de bons contacts avec son entourage, elle est très timide, et a honte d'avouer sa maladie, il n'y a que les personnes les plus proches d'elle qui sont au courant. Par rapport à la vie professionnelle de Aicha, on a signalé précédemment qu'elle est femme au foyer, donc elle ne travaille pas, elle n'a aucun investissement sur le plan professionnel, par contre Aicha nous a parlé du besoin, d'une aide ménagère pour accomplir ses tâches quotidiennes.

L'avenir de Aicha reste flou, car elle ne sait pas encore si elle va guérir, elle reste désespérée par son état.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

Aicha ne trouve pas de difficultés dans sa vie sexuelle, même si elle n'aboutit pas à son orgasme, elle a confiance en elle et en son corps. Ce qui l'angoisse le plus, c'est lorsque son mari lui demande d'entretenir avec lui un rapport sexuel à longue durée.

2-L'analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

Le score est de 41 points, marqueur d'une anxiété majeure car :

- **Présentation des résultats**

Dans le 1^{er} item « **humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que l'appréhension à un effroi irrésistible. La patiente a répondu que quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec sa vie quotidienne.

Dans le 2^{ème} item « **Tension nerveuse** » qui inclue l'incapacité à se détendre, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée. La patiente a répondu qu'elle est plus nerveuse et tendue que d'habitude.

Dans le 3^{ème} item « **craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seule, de la circulation, des inconnus, du noir... etc. Il est important de noter qu'il y a davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode. La patiente a répondu qu'elle n'est pas sûre si ses craintes sont présentes ou pas.

Dans le 4^{ème} item « **insomnie** » qui couvre l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou sédatifs n'est pas prise en considération. La patiente a répondu que la durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures.

Dans le 5^{ème} item « **Troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire. La patiente a répondu que même en faisant un gros effort, elle éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

Dans le 6^{ème} item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir. La patiente fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance où les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, la patiente ne peut pas être distraite par son état.

Dans le 7^{ème} item « **Symptômes somatiques généraux : musculaires** » qui inclut la Faiblesse, raideur, allodynie ou les douleurs situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme la douleur à la mâchoire ou à la nuque. La patiente a répondu que les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

Dans le 8^{ème} item « **Symptômes somatiques généraux : sensoriels** » qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements. La patiente a répondu, que les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement dans ses tâches quotidiennes.

Dans le 9^{ème} item « **Symptômes cardio-vasculaires** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsation, de cognement dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir. La patiente a répondu que les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais qu'elle peut les contrôler.

Dans le 10^{ème} item « **Symptômes respiratoires** » qui sont des sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et une respiration soupirante. La patiente a répondu que les symptômes respiratoires sont présents tout le temps.

Dans le 11^{ème} item « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvrent les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlure dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. La patiente a répondu que les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interagissent avec sa vie habituelle.

Dans le 12^{ème} item « **Symptômes urinaires et génitaux** » qui incluent des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie).

La patiente a répondu absent pour les symptômes urinaires parce que les malades hémodialysés n'ont pas d'urine. Les symptômes génitaux sont présents presque tout le temps et agissent dans sa vie sexuelle.

Dans le 13^{ème} item « **autres symptômes du SNA (système nerveux automatique)** » qui inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. La patiente a répondu que plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interagissent sur certains points avec sa vie habituelle.

Dans le 14^{ème} item « **Le Comportement pendant l'entretien** », pendant l'entretien, une estimation globale est faite sur la base de nos observations, à partir desquelles on a déduit que c'est une malade anxieuse d'une façon bien marquée, elle s'est montrée nerveuse, inquiète, tremblante, en hyperventilation ou en sueur.

3- l'analyse du questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie

Tableau 1: Montre le degré de la qualité de vie chez Aicha.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	55	18,25	22,5	43,80	50	26,66	25	53,87	36,88
MOS-SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale perçue est estimée à 36,88. C'est une valeur très basse en comparaison avec le score moyen référentiel MOS SF-36 qui est 64,30. L'évaluation est bien exprimée dans les 8 domaines, presque toutes les dimensions ; activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques, vie et relations avec les autres, santé psychique, limitations dues à l'état psychique sont diminuées par rapport au score référentiel, sauf la santé perçue qui est proche 53,87 en comparaison avec la moyenne. Il semble que chez la patiente il y ait un impact négatif de la maladie, sur l'état psychique et physique.

❖ Résumé du cas de Aicha

D'après l'analyse de l'entretien du cas de Aicha, on constate que la patiente, depuis sa maladie, souffre du syndrome d'anxiété qui est lié directement à sa santé physique dégradée, car d'après elle, elle a peur de perdre son foyer, elle exprime une inquiétude pour sa santé

face à sa maladie, elle présente ainsi des difficultés de concentration et la perte des mots. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées d'après ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton est de 41 points, ce qui signifie qu'elle présente une anxiété majeure.

Concernant sa qualité de vie, Aicha a développé des conduites négatives depuis sa maladie ; elle souffre psychiquement et physiquement à cause de l'incapacité de réaliser ses tâches quotidiennes comme avant, Aicha a perdu le contact avec son entourage à cause de la sensation de malaise et de la timidité. Brièvement, Aicha présente une qualité de vie jugée mauvaise (-) qui est (36,88) par rapport à la moyenne référentielle (64,30) de la qualité de vie liée à son niveau d'anxiété élevé.

Chapitre VIII

Discussion

des

Hypothèses

Discussion des hypothèses

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

➤ la première Hypothèse

Les hémodialysés présentent une anxiété qui se manifeste par un ensemble de symptômes tels que ; irritabilité, sentiment d'inquiétude, perte de contrôle, instabilité et malaise, agitation ou incapacité à se relaxer, difficultés de concentration, etc. Elle présente des niveaux différents qui varient entre ; une anxiété légère, moyenne et élevée.

Effectivement nos cinq cas ont confirmé notre hypothèse, ils souffrent d'anxiété à des degrés différents de plus léger au plus élevé c'est-à-dire majeure, on les résumant comme suit ;

- **Larbi** ; Après avoir analysé l'entretien de Larbi, on a déduit qu'il présente de troubles anxieux légers, depuis son atteinte d'IRC, son caractère et sa personnalité sont légèrement fragilisés; Larbi a un sentiment d'inquiétude vis-à-vis de sa place devant son entourage et son avenir, aussi une crainte pour sa vie sexuelle. Les résultats obtenus dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton sont de 17 points, ce qui signifie qu'il présente une anxiété légère.

- **Salah** ; Après avoir analysé l'entretien de Salah, on a déduit qu'il présente des troubles anxieux légers : un sentiment d'inquiétude envers sa famille proche et l'avenir de sa maladie, il devient violent dans certaine situation et perd le contrôle de lui-même. Le score obtenu dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton est de 21 points, marqueur d'une anxiété légère à modérée.

-**Halim** ; D'après l'analyse de l'entretien de Halim, on a constaté qu'il présente une anxiété légèrement apparue : il a une peur intense devant le futur en relation avec le développement sa maladie, s'inquiète sur sa vie sexuelle. Mais ces troubles sont atténués par son environnement favorable et le soutien positif de sa femme et de sa famille. Les résultats obtenus dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton est de 23 points, ce qui signifie qu'il présente une anxiété légère à modérée.

- **Nassima** ; D'après l'analyse de l'entretien de Nassima, on constate que la patiente, souffre du syndrome d'anxiété qui est le résultat de nombreuses rechutes, qui exclut les symptômes physiques, elle se réduit en symptômes psychiques qui sont : inquiétude, nervosité, irritabilité

et pleurs faciles, la patiente forge (se fait) des plans pessimistes concernant sa vie et ainsi l'idée de mourir à n'importe quel moment, elle a peur également de ne jamais réaliser ses rêves. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmés d'après ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton est de 27 points, marqueur d'une anxiété modérée à grave.

- **Aicha** ; D'après l'analyse de l'entretien de Aicha, on constate que la patiente, depuis sa maladie, souffre du syndrome d'anxiété qui est lié directement à sa santé physique dégradée, car d'après elle, elle a peur de perdre son foyer, elle exprime une inquiétude pour sa santé face à sa maladie, elle présente ainsi des difficultés de concentration et la perte des mots, En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées d'après ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton est de 41 points, ce qui signifie qu'elle présente une anxiété majeure.

➤ la deuxième Hypothèse

Quelques patients hémodialysées présentent une qualité de vie positive, liée au niveau d'anxiété bas, qui se manifeste par ; un bien-être physique et psychique, les bonnes relations soit familiales, sociales et professionnels, performance au travail, sensation de bonheur, etc. Par contre d'autres présentent une qualité de vie négative liée au niveau d'anxiété élevé, qui s'exprime par ; Souffrance physique et psychique, perte de gout à la vie, abandon de loisirs, disputes, perte des relations avec les autres, etc.

Effectivement nos cinq cas ont confirmé notre hypothèse, à savoir la concordance entre les résultats obtenus dans l'échelle d'Hamilton et le questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie sont comme suit :

-**Larbi** ; Concernant la qualité de vie de Larbi, elle est jugée bonne par rapport à son état ; il a de bonnes relations avec sa famille qui lui apporte un bon soutien moral, et une sensation de bonheur surtout avec sa femme, ainsi il est important pour lui de réaliser ses tâches quotidiennes. D'après les réponses du patient et la cotation des résultats soutirés, on est arrivé à un résultat de 64,55 qui est positif (+) liée à son niveau d'anxiété légère.

- **Salah** ; Concernant la qualité de vie de Salah, on note une bonne communication avec les membres de sa famille ainsi que de bonnes relations avec son entourage. Salah présente une sensation de bonheur et de bonne vitalité qui lui a procuré une bonne qualité de vie. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées par ses réponses et l'addition des notes,

le score obtenu dans le tableau est (64,52), qui est (+) signifie une qualité de vie jugée positive liée à son niveau d'anxiété légers.

- **Halim** ; Concernant sa qualité de vie, Halim a une bonne qualité de vie qui est estimée à (66,38) par rapport au score référentiel (64,30), c'est un signe que Halim a de bonnes relations soit familiales, sociales et professionnelles, il présente un bien-être physique et psychique, malgré toutes ces complications la vie de Halim est peu affecter liée a son niveau d'anxiété légers.

- **Nassima** ; En ce qui concerne sa qualité de vie , Nassima présente une qualité de vie mauvaise, par rapport aux signes qu'elle présente : sa perte du goût de la vie, des sensations de malaise dues à sa maladie, ainsi, elle n'arrive plus à accomplir ses tâches quotidiennes à cause des douleurs physiques, et des soucis qu'elles se fait pour sa famille, cela signifie que notre patiente vie des conflits psychiques liés à son état d'anxiété exagéré due aux symptômes précédents. D'après les résultats, Nassima présente une qualité de vie jugée négative (54,37) par rapport à la moyenne référentielle (64,30), liée à son niveau d'anxiété élevé.

- **Aicha** ; Concernant sa qualité de vie, Aicha a développé des conduites négatives depuis sa maladie ; elle souffre psychiquement et physiquement à cause de l'incapacité de réaliser ses tâches quotidiennes comme avant, Aicha a perdu le contact avec son entourage à cause de la sensation de malaise et de la timidité. Brièvement, Aicha présente une qualité de vie jugée mauvaise(-) qui est (36,88) par rapport à la moyenne référentielle (64,30) de la qualité de vie liée à son niveau d'anxiété élevé.

Nos hypothèses concernant l'anxiété et la qualité de vie chez les cas souffrants de l'insuffisance rénale chronique sont réfutables et non absolus, car les résultats de notre population d'étude, ne représente pas la population mère, de tous les malades atteint par cette maladie.

Conclusion générale

Conclusion générale

Conclusion générale

Le syndrome d'anxiété est un phénomène très répandu chez les malades chroniques et somatiques, vu les interactions qui existent entre le corps et le psychisme chez les êtres humains, qui engendrent souvent des répercussions importantes sur le vécu psychologique notamment la qualité de vie du malade.

Il n'existe pas une définition univoque de la qualité de vie liée à la santé, mais on peut raisonnablement tenter de regrouper dans ce concept, l'ensemble des altérations fonctionnelles et comportementales, des limitations d'activité, des répercussions psychologiques ainsi que des affects et inspiration d'un sujet inhérentes à sa santé et ses altérations éventuelles.

Dans le cadre de notre recherche intitulé « la qualité de vie chez les insuffisants rénaux chroniques », on a tenté de démontrer l'implication et l'influence de la maladie de l'insuffisance rénale chronique sur l'émergence de l'anxiété et son impact sur la qualité de vie du malade, qui sera d'une connotation positive ou négative.

Afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté la méthode clinique, qui nous a permis une compréhension approfondie des sujets ; elle se caractérise également par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas. Dans notre recherche, on a utilisé l'entretien clinique puis ensuite nous avons appliqué deux outils : échelle d'Hamilton afin d'évaluer l'état d'anxiété de chaque cas, et le questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie, afin de mesurer la qualité de vie, enfin ces outils d'investigation nous ont servi pour la confirmation de nos hypothèses.

Il reste à signaler que nos hypothèses, à propos des insuffisants rénaux chroniques sont réfutables ; cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique reste relatifs, non statiques et non absolus, ceci est dû à notre population d'étude qui ne présente pas la population mère.

Cette étude nous a permis de découvrir le rôle primordial que peut jouer l'environnement du malade surtout familial, amical et médical dans la prise en charge des patients hémodialysés, afin de diminuer leurs souffrances psychiques et de garder leur homéostasie générale plus ou moins équilibrée.

Conclusion générale

En plus, la prise en charge psychologique parallèlement avec la prise en charge médicale, est très importante. Pour cela, nous pensons qu'il est utile de recruter des psychologues au niveau des services d'hémodialyse, qui pourront avoir une écoute attentive à leurs préoccupations majeures, car nous avons remarqué que les patients se sentent soulagés après avoir exprimé leurs souffrances internes.

Cette recherche nous a permis d'aboutir à un certain nombre de conclusions qui restent réfutables et pas absolues à cause de notre population d'étude restreinte qui ne représente pas la population mère.

- Le niveau d'anxiété chez les insuffisants rénaux chroniques au stade terminal, varie d'un cas à un autre.
- la qualité de vie chez les insuffisants rénaux chroniques diffère d'un malade à un autre, elle est liée à son état d'anxiété.

Enfin, il faut noter que cette recherche reste une bonne et unique expérience en termes d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plan personnel, humain et en particulier sur le plan pédagogique, comme elle est d'un apport positif sur le plan méthodologique. Ainsi elle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de la santé à savoir, l'insuffisance rénale chronique, et comprendre leur vécu psychique et leurs souffrances. En outre, cette recherche a été une occasion de nous familiariser avec le terrain et l'univers de la recherche scientifique.

Pour conclure, cette étude peut permettre à d'autres étudiants d'effectuer des études concernant ce même sujet sous un autre angle, ou plus approfondi et de mettre l'accent sur les maladies chroniques et leurs influences sur le psychique des malades.

Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, et qui sont comme suit:

- Est-ce que les malades atteints d'insuffisance rénale chronique ont besoin d'une prise en charge psychologique et quel est son apport ?
- Est-ce que la maladie d'insuffisance rénale chronique qui nécessite une épuration sanguine extra rénale, modifie l'image du corps chez l'hémodialysé ?

À travers ces questions nous souhaitons avoir ouvert le champ pour d'autres études ultérieures.

Bibliographie

La liste bibliographique

- 1- Batta F-Z. (2001), « Caractérisation de l'impact de la biocompatibilité des membres d'hémodialyses et leur changement sur le stress oxydant: Etude biologique et par IRM-BOLD », thèse de doctorat, sous la direction de Moulay F-H, université sidi Mohammed ben Abdallah, Algérie.
- 2- Becker D. et al. (1983), « Approche du vécu fantasmatique chez les dialyses et les transplantés rénaux », in psychosomatique, V20, n : 3, PP. 257-265.
- 3- Chahraoui K. et Bénony H. (2003), « Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique », Paris, édition Dunod.
- 4- Chiland C. (1983), « L'entretien clinique », Paris, édition PUF
- 5- Christopher Perry J. (2007), « Pratique en psychothérapie, Echelles d'évaluation des mécanismes de défenses, », Paris, édition Masson.
- 6- Chwalow J. (1995), « Méthodologie de l'évaluation de la qualité de vie dans les essais cliniques », Paris, édition Dunod.
- 7- Cottraux J. et Bouvard M. (1996), « Pratique en psychothérapie, protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie », Paris, édition Masson.
- 8- Cupa D. (2002), « psychologie en néphrologie », Paris, édition EDK.
- 9- Ficher G-N. (2002), « Traité de la psychologie de la santé », Paris, édition Dunod.
- 10- Ficher G-N. et Tariquinie C. (2006), « Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé », Paris, édition Dunod.
- 11- Fourcade J. (2005), « insuffisance rénale chronique », Paris, édition Dunod.
- 12- Gras D. (2009), « Santé et qualité de vie des frères et sœurs d'enfants atteints de maladies chroniques », Thèse de doctorat, Université de Nantes, Faculté de Médecine.
- 13- Graziani P. (2003), « Anxiété et troubles anxieux », Paris, édition Nathan.
- 14- Guebre F. (2005), « Néphrologie, insuffisance rénale chronique », Paris, édition Servier licher.
- 15- La douceur R. et al. (1999), « les troubles anxieux approche cognitive et comportementale », Paris, édition Masson.
- 16- La Fnair. (1972), « Accompagner une personne atteinte d'insuffisance rénale chronique », Toulouse, édition La Fnair.
- 17- Le Grain M .et al. (1985), « Néphrologie», Paris, édition Masson.
- 18- Leplege A. et coste J. (2001), « Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthode et application », Paris, édition Estem.

- 19- Letzelter N. (2001), « Les études de qualité de vie en ophtalmologie », France, édition Lyon.
- 20- Marty P. et al. (1998), « Psychanalyste d'aujourd'hui », Paris, édition PUF.
- 21- Oliner M. (2007), « Vivre avec une maladie des reins », Paris, édition Lien.
- 22- Oliner M. (2007), « Vivre avec une maladie des reins, dialyse et transplantation rénale », Paris, édition Lien.
- 23- Orhan F. (2009), « Etude de la qualité de vie d'un échantillon de son domicile fixé », thèse de doctorat, Université Paris Descartes, faculté de médecine, Paris.
- 24- Palazzo J. (2007), « Dépression et anxiété : Mieux les comprendre pour les prendre en charge », Paris, édition Masson.
- 25- Pardinielli J-L. et al. (1995), « Pratique en psychologie », Paris, édition Dunod.
- 26- Radat F. (1998), « les états anxieux ; initiation et santé », Paris, édition Masson.
- 27- Radermacher L. (2004), « Guide pratique de l'hémodialyse ».Belgique, édition CHU de liege.
- 28- Schweitzer M-B. (2002), « psychologie de la santé », Paris, édition Dunod.
- 29- Sillamy N. (2003), « Dictionnaire de psychologie », Paris, édition Larousse-vuef.
- 30- Simon p. (2007), « L'insuffisance rénale, Prévention et Traitements », édition Masson.
- 31- Sophie L-R. (2006), « Destins pulsionnels chez les adultes atteints de mucoviscidose», Psychologie clinique et projective, n° 12, PP. 403-428.
- 32- Spielberger C. (1993), « Inventaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y (STAI-Y) », Paris, édition ECPA (les éditions du centre de psychologie appliquée).
- 33- Thieriy C. et al. (2004), « Existe-t-il une approche d'inspiration psychanalytique spécifiquement adoptée aux troubles anxieux ? », in santé mentale au Québec, vol. 29, n°1, PP. 81-92.
- 34- Tribolet S. et Shahidi M. (2005), « Nouveaux précis de sémiologie des troubles psychiques », Paris, édition Heurs de France.
- 35- Untas. et al. (2009), « Anxiété et dépression en hémodialyse », in validation de L'HADS néphrologie et thérapeutique, n°5, PP 193-200.
- 36- Varma D. (2010). « hypnose et troubles anxieux », Paris, édition L'harmattan.

Annexes

Échelle d'Anxiété d'Hamilton

(Ref: Hamilton MC .(1959), «Hamilton

Anxiety rating scale -HAM A-»).

Parmi les quatorze propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant à chaque groupe de symptômes une note entre 0 et 4:

0: Abscent, 1: Léger, 2: Moyen, 3: Fort, 4: Maximal.

Humeur anxieuse: Inquiétude - Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité- Consommation de tranquillisants	0 1 2 3 4
Tension: Impossibilité de se détendre - Réaction de sursaut - Pleurs faciles - Tremblements - Sensation d'être incapable de rester en place – Fatigabilité.	0 1 2 3 4
Peurs: De mourir brutalement - D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule - Des grands espaces - Des ascenseurs - Des avions - Des transports ...	0 1 2 3 4
Insomnie: Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars – Angoisses ou malaises nocturnes.	0 1 2 3 4
Fonctions intellectuelles (cognitives): Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire – Recherche ses mots – Fait des erreurs.	0 1 2 3 4
Humeur dépressive: Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse - Insomnie du matin.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (musculaires): Douleurs et courbatures - Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Grincements des dents - Contraction de la mâchoire - Voix mal assurée.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (sensoriels): Sifflements d'oreilles - Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid - Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements.	0 1 2 3 4
Symptômes cardiovasculaires: Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux - Sensations syncopales - Extra-systoles.	0 1 2 3 4
Symptômes respiratoires: Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage, d'étouffement - Soupirs – Respiration rapide au repos.	0 1 2 3 4
Symptômes gastro-intestinaux: Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Constipation.	0 1 2 3 4
Symptômes génito-urinaires: Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) - Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	0 1 2 3 4
Symptômes du système nerveux autonome: Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Sueur - Vertiges - Maux de tête -	0 1 2 3 4
Comportement lors de l'entretien: <u>Général</u> : Mal à l'aise - Agitation nerveuse - Tremblement des mains - Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire, <u>Physiologique</u> : Avale sa salive - Eructations - Palpitations au repos – Accélération respiratoire - Réflexe tendineux vifs - Dilatation pupillaire - Battements des paupières.	0 1 2 3 4
TOTAL: (Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20 sur 56). N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.	

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Nom

Prénom

Date de naissance

Service

Hôpital

Examineur

Date du jour

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez).

- Excellente.
- Très bonne.
- Bonne.
- Satisfaisante.
- Mauvaise.

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

- Bien meilleure qu'il y a un an ?
- Un peu meilleur qu'il y a un an ?
- A peu près comme il y a un an ?
- Un peu moins bonne qu'il y a un an ?
- Pire qu'il y a un an ?

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

B. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

G. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

H. Marcher plus de 500 mètres

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

I. Marcher seulement 100 mètres.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

J. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (entourez la flèche).

- Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (entourez la flèche).

- Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Faire moins de choses que vous n'espérez ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Pas du tout très peu assez fortement énormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Pas du tout très peu assez fortement énormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc. ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux

d. mon état de santé est excellent.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux