

République Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique  
Université Abderrahmane MIRA – BEJAIA  
Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
Option : Psychologie Clinique



Mémoire de fin de cycle  
En vue de l'obtention du diplôme de master en Psychologie Clinique

*L'angoisse chez les personnes  
hémodialysées*  
Étude de dix cas réalisée au service d'hémodialyse  
( Sidi-Aich et Kherrata ) à Béjaïa

**Présentée par:**

M<sup>elle</sup>: BEKAKRIA Selia

M<sup>elle</sup>: AMIR Chafia

**Membre de jury :**

M<sup>me</sup> GUEDDOUCHE Salima (Présidente).

M<sup>r</sup> BELBESSAI Rachid (Encadreur).

M<sup>r</sup> AMRANE Lakhdar (Examineur).

Année universitaire

2013 / 2014

**République Algérienne Démocratique et Populaire**  
**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique**  
**Université Abderrahmane MIRA – BEJAIA**  
**Faculté des Sciences Humaines et Sociales**  
**Option : Psychologie Clinique**



**Mémoire de fin de cycle**  
**En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie clinique**

*L'angoisse chez les personnes  
hémodialysées*  
**Étude de dix cas réalisée au service d'hémodialyse  
(Sidi-Aich et Kherrata)**

**Présenté par :**  
**M<sup>lle</sup> BEKAKRIA Selia**  
**AMIR Chafia**

**Encadré par: M<sup>r</sup> BELBESSAI Rachid**

**Année universitaire**

**2013/2014**

# *Remerciements*

Nos sympathies et nos remerciements vont d'abord à tous ceux qui ont lu, sous ces diverses formes, ce modeste travail.

À vous M<sup>r</sup> BELBESSAI Rachid, pour votre patience, votre compréhension et votre attention, et aussi pour nous avoir fait l'honneur de nous encadrer. Merci.

À tous les membres du jury, Madame GUEDDOUCHE et Monsieur AMRANE d'avoir accepté d'évaluer et d'examiner ce modeste travail.

On tient également à remercier l'ensemble du personnel du service d'hémodialyse de Sidi-Aich et de kherrata : médecin, infirmière sans oublier les malades pour leur aide, pour nous avoir apporté leur soutien et leur confiance.

À tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail et qui nous ont orientés, conseillés ou influencés.

À nos très chères familles et à nos amis qui ont cru en nous au moment où en est douté le plus.

On vous remercie tous pour votre soutien durant ces longues années d'étude.

**Bien à vous ;**

**M<sup>elle</sup>. BEKAKRIA Selia.**

**M<sup>elle</sup>. Amir chafia.**

# *Dédicaces*

Au terme de toutes ces années d'étude, je dédie ce modeste travail en signe de respect et de remerciement :

À la mémoire de mon très cher frère " NOURDINE " qui nous a quitté subitement en silence.

**« Que Dieu le Tout-Puissant lui accorde sa sainte miséricorde et l'accueille dans son vaste Paradis ».**

À mes parents : Arezki et Djamila ; qui m'ont donnée la vie, qui ont été toujours à mes côtés avec leur tendresse, leur soutien et qui m'ont soutenu durant toutes mes années d'études. Leur sacrifice est inégalable et considérable.

**« Que Dieu nous les préserve pour qu'ils partagent avec nous tous les plaisirs de la vie ».**

À mes chers frères : Sofiane et Ali.

À mes chères sœurs : Kahina, Sabrina et son mari

À toi mon cher neveu : Islam.

À mes grands-parents.

À mes oncles et tantes, cousins et cousines.

À toi ma chère : Tinhinan, Foufa, et surtout ma binôme Chafia, sans oublier les autres : Karim, Loubna, Sabiha, Wassila, Souad, Linda, Sabrina également mes amis de cette promotion.

**À vous tous.**

**« Que Dieu nous guide tous au long de notre vie »**

**Selia »**

# *Dédicaces*

Au terme de toutes ces années d'étude, je dédie ce modeste travail en signe de respect et de remerciement :

À mes parents Ali et Houria qui m'ont soutenue et encouragé tout au long  
de ce travail.

À mes frères Lhachemi et son épouse,

Chabane et son épouse,

Kamel et sa fiancée.

À mon petit frère Mohand.

qui étaient à mes côtés tout au long de ce parcours avec tout leur soutien.

À mes deux petits neveux Zine El Aabidine et Wazir.

À ma petite nièce Zed El Hana.

À toutes mes copines qui m'ont apporté beaucoup de joie et d'amitié surtout à  
ma chère binôme Selia.

Également mes amis de cette promotion, Karim, Sabiha, Wassila, Souad et Linda

À Arezki qui m'a beaucoup soutenu.

**À vous tous.**

**« Que Dieu nous guide tous au long de notre vie »**

**Chafia**

# *Sommaire*

*Sommaire.....I*

Liste des abréviations..... VI  
Liste des tableaux.....VII  
Liste des figures.....IX  
**Introduction..... 1**

*Le cadre général de la problématique*

1- Problématique et hypothèses.....7  
2-Les concepts de la recherche .....11  
3-Les raisons du choix du thème.....14  
4-Intérêt de la recherche.....14  
5-Les objectifs de la recherche.....14

*Partie I*

*Partie théorique*

**Chapitre I : L’angoisse**

**Préambule**

**I. Les différentes définitions sur l’angoisse.....20**  
    **I.1. Définition de l’angoisse selon la psychanalyse.....20**  
    **I.2. Définition de l’angoisse selon Freud S .....20**  
    **I.3. Définition de l’angoisse selon Lacan J .....20**  
    **I.4. Définition classique.....21**  
**II. Classifications de l’angoisse.....22**  
**III. Les types d’angoisses .....22**

<b>IV. L'angoisse dans la théorie cognitivo-comportementale.....</b>	<b>24</b>
<b>V. L'Angoisse normale et l'angoisse pathologique.....</b>	<b>25</b>
<b>VI. La sémiologie de l'angoisse.....</b>	<b>26</b>
<b>VII. L'étiopathogenèse de l'angoisse.....</b>	<b>27</b>
<b>VIII. Le traitement de l'angoisse.....</b>	<b>30</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>34</b>

## **Chapitre II : L'hémodialyse**

### **Préambule.**

• <b>L'hémodialyse: aspect médical.....</b>	<b>38</b>
<b>I. Le rein. ....</b>	<b>38</b>
<b>II. Insuffisance rénale (IR).....</b>	<b>43</b>
<b>II.1. Définition.....</b>	<b>43</b>
<b>II.2. Les types de l'insuffisance rénale.....</b>	<b>44</b>
<b>II.2.1. L'insuffisance rénale aigüe. ....</b>	<b>44</b>
<b>II.2.2. Insuffisance rénale chronique.....</b>	<b>46</b>
<b>II.2.2.1. Définition.....</b>	<b>46</b>
<b>II.2.2.2.Les différents types de l'insuffisance rénale chronique.....</b>	<b>46</b>
<b>II.2.2.3.Les causes de l'insuffisance rénale chronique.....</b>	<b>47</b>
<b>II.2.2.4.La classification de l'insuffisance rénale chronique.....</b>	<b>48</b>
<b>II.2.2.5.L'insuffisance rénale chronique en Algérie.....</b>	<b>48</b>
<b>II.2.2.6.Le traitement de l'insuffisance rénale chronique.....</b>	<b>51</b>
<b>6. 1.La dialyse péritonéale (DP).....</b>	<b>51</b>
<b>6. 2.Hémodialyse (HD) ....</b>	<b>52</b>
<b>6.2.1. Définition.....</b>	<b>52</b>

6.2.2. Contexte historique d'hémodialyse.....	52
6.2.3. Les principes de l'hémodialyse.....	53
6.2.4. Abords vasculaires pour hémodialyse.....	54
6.2.5. Incidents au cours d'une séance d'hémodialyse.....	57
• L'hémodialyse : aspect psychologique.....	58
<b>Préambule.</b>	
1. L'annonce de la maladie.....	58
2. Le bouleversement psychologique .....	59
3. Le bouleversement de la dimension temporelle.....	59
4. L'hémodialysées et les relations sociales.....	60
5. Diététique et insuffisance rénale chronique.....	60
6. L'avenir et les maladies chroniques.....	61
7. Le soutien psychologique et l'insuffisance rénale chronique.....	61
Conclusion.....	62

## *Partie II*

### *Partie pratique*

#### **Chapitre III : I. La méthodologie de la recherche.**

I. La pré-enquête.....	66
II. la démarche de la recherche.....	67
II.1.La méthode utilisé.....	67
III .Présentation de la population d'étude et les lieux de la recherche.....	68
IV. Les outils d'investigation.....	73
IV.1.L'entretien clinique.....	73

<b>IV.2.</b> Le guide d'entretien.....	74
<b>IV.3.</b> Les attitudes du clinicien durant l'entretien.....	74
<b>IV.4.</b> L'échelle d'anxiété de Spielberger .....	75
<b>IV.5.</b> Le déroulement de la pratique.....	78
<b>V. Les difficultés de la recherche.....</b>	<b>79</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>80</b>
<b>Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des hypothèses.</b>	
<b>Préambule.</b>	
<b>I. Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique et de l'échelle d'anxiété de « Spielberger ».....</b>	<b>83</b>
• Analyse générale de l'entretien de l'ensemble des sujets.....	108
• Discussion des résultats.....	109
<b>II. Discussion des hypothèses .....</b>	<b>112</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>113</b>
<b>La liste bibliographique.....</b>	<b>116</b>
<b>Les annexes.....</b>	<b>122</b>

## Listes des abréviations

<b>(ADH)</b>	Antidiurétique hormone.
<b>(AV)</b>	Abord Vasculaire.
<b>(DP)</b>	Dialyse péritonéale.
<b>(EER)</b>	Epuration extra-rénale.
<b>(EPH)</b>	Etablissement public hospitalier
<b>(FG)</b>	Filtration glomérulaire.
<b>(HD)</b>	Hémodialyse.
<b>(HDF)</b>	Hémodiafiltration.
<b>(HF)</b>	Hémofiltration .
<b>( IR)</b>	Insuffisance rénale
<b>(IRA)</b>	Insuffisance rénale aiguë
<b>(IRC)</b>	Insuffisance rénale chronique
<b>(IRCT)</b>	Insuffisance rénale chronique terminale
<b>(O.R.L)</b>	Oto Rhino Laryngologie.
<b>(PTM)</b>	Pression entre les deux compartiment.
<b>(SANDT)</b>	Société algérienne de néphrologie, dialyse et transplantation.
<b>(TCC)</b>	Thérapie cognitive et comportementale

## Liste des tableaux

<b>Numéro du tableau</b>	<b>Indication</b>	<b>Page</b>
<b>Tableau 1</b>	Principales causes d'insuffisance rénale chronique	<b>44</b>
<b>Tableau 2</b>	Les différents niveaux de l'insuffisance rénale chronique	<b>48</b>
<b>Tableau 3</b>	Incidents au cours d'une séance d'hémodialyse	<b>57</b>
<b>Tableau 4</b>	Récapitulatif des caractéristiques de choix de la population d'étude	<b>69</b>
<b>Tableau 5</b>	Indiquant le critère de mesure de l'anxiété générale	<b>76</b>
<b>Tableau 6</b>	Indiquant le critère de mesure de l'anxiété d'état	<b>78</b>
<b>Tableau 7</b>	Résultat de l'échelle de Spielberger pour le Sujet 1	<b>85</b>
<b>Tableau 8</b>	Résultat de l'échelle de Spielberger pour le Sujet 2	<b>88</b>
<b>Tableau 9</b>	Résultat de l'échelle de Spielberger pour le Sujet 3	<b>91</b>
<b>Tableau 10</b>	Résultat de l'échelle de Spielberger pour le Sujet 4	<b>93</b>
<b>Tableau 11</b>	Résultat de l'échelle de Spielberger pour le Sujet 5	<b>96</b>
<b>Tableau 12</b>	Résultat de l'échelle de Spielberger pour le Sujet 6	<b>99</b>

<b>Tableau13</b>	Résultat de l'échelle de Spielberger pour le Sujet 7	<b>101</b>
<b>Tableau 14</b>	Résultat de l'échelle de Spielberger pour le Sujet 8	<b>103</b>
<b>Tableau 15</b>	Résultat de l'échelle de Spielberger pour le Sujet 9	<b>104</b>
<b>Tableau 16</b>	Résultat de l'échelle de Spielberger pour le Sujet 10	<b>106</b>
<b>Tableau 17</b>	Les résultats d'anxiété de Spielberger de tous les sujets	<b>109</b>
<b>Tableau 18</b>	La moyenne d'anxiété moyenne et sévère de l'échelle de Spielberger pour tous les sujets	<b>109</b>
<b>Tableau 19</b>	Le totale du niveau d'anxiété générale et d'état de l'échelle de Spielberger de tout sujets	<b>110</b>

## Listes des figures

<b>Figure</b>	<b>Indication</b>	<b>Page</b>
<b>Figure 1</b>	La place du rein dans le corps humain.	<b>39</b>
<b>Figure 2</b>	Le rein, Anatomie macroscopique.	<b>40</b>
<b>Figure 3</b>	Présentation d'un générateur de dialyse.	<b>54</b>
<b>Figure 4</b>	Principaux abords vasculaires	<b>55</b>
<b>Figure 5</b>	Fistule artério-veineuse de Cimino-Brescia.	<b>56</b>

# *Introduction*

## **Introduction :**

Jouant le rôle d'une véritable situation d'épuration de nos organismes, les reins sont absolument essentiels pour maintenir l'homéostasie de notre corps.

Dans un premier temps, nous essayerons d'avoir quelques informations sur le rein afin de bien comprendre le fonctionnement de cet organe, puis nous aborderons les bases de l'insuffisance rénale chronique, pour arriver enfin au traitement qui fait appel à de différents troubles psychologiques chez les sujets atteints.

En effet, les reins assurent de nombreuses fonctions comme: l'élimination des déchets de l'organisme (urée, créatinine, acide urique...) et des substances chimiques exogènes (toxique, médicament) ainsi que d'autres fonctions.

Quand les reins ne sont plus capables d'exercer leurs fonctions pour de multiples raisons, on parle alors de l'évolution vers l'insuffisance rénale. À ce stade des traitements de suppléance sont indispensables pour survivre.

L'insuffisance rénale chronique est une pathologie qui a beaucoup de conséquences néfastes sur l'organisme; de ce fait, elle nécessite un suivi médical rigoureux, il est indispensable de supplier la fonction rénale par la dialyse ou par la greffe rénale. (Olmer, M, 2007, P. 15).

Cette maladie chronique constitue un véritable problème de santé publique par sa fréquence qui est de plus en plus élevée, elle se caractérise par une altération irréversible de la fonction du système de filtration glomérulaire de la fonction tubulaire et endocrine des reins.

L'insuffisance rénale résulte d'affections des reins, caractérisée par une diminution du nombre des néphrons, les unités fonctionnelles rénales au sein desquelles s'effectue la filtration du sang et l'élaboration de l'urine.

Cette pathologie comme toutes les maladies chroniques engendre une atteinte psychologique et un malaise social, un coût indirect important au patient, à sa famille et à son milieu professionnel. Elle a un impact sur la vie quotidienne du sujet, à savoir la limitation fonctionnelle de ses activités, la dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une machine (la dialyse), la perte d'un revenu, les coûts de traitement, la marginalisation, les conditions de vie médiocre, isolement, angoisse, et d'autres difficultés. Autant de vécu qui souligne la dimension psychosociale de la maladie.

L'insuffisance rénale chronique se manifeste par certains symptômes comme : besoin fréquent d'uriner, notamment la nuit, mauvais goût dans la bouche, hypertension artérielle, perte d'appétit, nausées, essoufflement, démangeaisons persistantes, crampes nocturnes, ...etc.

Parmi les traitements adéquats à l'insuffisance rénale chronique, on cite l'hémodialyse qui est une technique d'épuration sanguine extrarénale au moyen d'hémodialyseurs qui fonctionnent sur un circuit de circulation extra corporelle. (Quevauvilliers, J, 2009, P. 432).

Cette technique engendre chez la personne hémodialysée des modifications sur ses états physiques et psychiques importantes.

Parmi ses modifications, on trouve l'angoisse qui est : une sensation d'extrême malaise accompagnée de manifestations neurovégétatives/ou viscérale, l'angoisse est diagnostiquée lorsque l'anxiété est forte et qu'elle comporte en plus une participation importante.

L'angoisse est l'une des réponses les plus fréquentes au danger. C'est un trouble émotionnel qui se manifeste par un ensemble de symptômes physiques et psychologiques et par le sentiment d'insécurité, d'appréhension, de tension, de malaise, et de terreur face à un péril de nature indéterminée.

Dans cette recherche portée sur l'hémodialyse et son influence sur le côté psychique des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC), on note que la gravité et la chronicité de cette maladie bouleverse la vie du patient sur plusieurs facteurs, sur le plan conjugal, familial, professionnel. Le bien-être du sujet qu'il soit psychologique ou physiologique, ainsi que sa qualité de vie se retrouve de plus en plus altérée et affectée.

Pour répondre aux objectifs de cette recherche, nous avons choisi comme terrain d'étude les Établissements Publics Hospitaliers (EPH) de Sidi Aich et de kherrata à Bejaia et une population de dix cas afin de vérifier l'existence de l'angoisse chez ces personnes hémodialysées.

L'approche cognitivo-comportementale avait servi de cadre référentiel à notre étude puisqu'il nous paraît le plus adéquat pour ce genre de problèmes.

Afin d'atteindre notre objectif, nous avons réparti notre recherche comme suite :

En premier lieu, une introduction et un cadre général de la problématique où nous avons proposé des hypothèses que nous allons affirmer ou infirmer à la fin de notre recherche.

En second lieu, une partie théorique qui comprend deux chapitres:

Le premier (1) chapitre: intitulé l'angoisse: dans lequel nous évoquerons ses différentes définitions, sa classification et ses différents types, ainsi que l'angoisse selon l'approche cognitivo-comportemental, les symptômes et les causes pour arriver enfin à son traitement.

Le deuxième (2) chapitre: l'hémodialyse: aspect médical et aspect psychologique qui est attribué à la présentation des termes liés à l'insuffisance rénale, les types, les causes, les symptômes et les traitements et aussi ceux attribués à l'aspect psychologique. Et pour la prise en charge thérapeutique, on a opté pour la thérapie cognitivo-comportementale.

Et la partie pratique qui est divisée en deux chapitres:

Le troisième (3) chapitre: qui comporte la méthodologie de recherche, la population sur laquelle porte notre objet d'étude et les lieux de la recherche ainsi que nos outils d'investigations qui nous ont permis d'atteindre les objectifs de notre étude.

Le quatrième (4) chapitre: présentation, analyse et discussion des hypothèses, qui comporte les points suivants: présentation, analyse de l'entretien et de l'échelle d'anxiété générale et d'état de « Spielberger » ainsi que la discussion des hypothèses.

Enfin, on va terminer notre travail de recherche par une conclusion générale.

*Le cadre général  
de la  
problématique*

## **Cadre général de la problématique**

1. Problématique et hypothèses.
2. Les concepts de la recherche.
3. Les raisons du choix du thème.
4. Intérêt de la recherche.
5. Les objectifs de la recherche.

### 1. La problématique et les hypothèses:

#### La problématique

La maladie se définit par rapport à la santé, qui est un état de bon fonctionnement de l'organisme. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1998), Elle se caractérise par «un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité».

Selon le dictionnaire médical Larousse, une maladie est une « altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et para-cliniques, une évolution, un pronostic et un traitement». (Ybert, E, et Al, 2001, P. 559).

Durant la vie quotidienne, l'être humain pourrait être atteint de quelques maladies comme les maladies chroniques.

Une maladie chronique est une « maladie de longue durée caractérisée par des symptômes légers et évoluant parfois vers la récupération ou vers le décès par cachexie ou par complication d'une maladie aiguë». (Berubé, L, 1991, P. 130).

Parmi les maladies chroniques auxquelles l'homme fait face durant sa vie quotidienne, on évoque l'insuffisance rénale chronique (IRC) où on trouve que c'est le rein qui est touché.

Cette pathologie est fréquente, invalidante et un problème pénible de la santé publique en Algérie et dans les différents pays du monde ; on parle de plus de 1, 5 millions d'insuffisances rénales en Algérie, et on parle de 1, 74 et 2,5 millions de personnes en insuffisance rénale chronique avant le stade terminal. (Boubchir, A, 1996, P. 23).

Le rein est un organe complexe assurant de multiples fonctions, toutes vitales pour l'organisme. La principale fonction se caractérise par l'élaboration de l'urine : permettant l'élimination des déchets azotés (urée, créatinine). Grâce à des ajustements précis, le rein joue également un rôle primordial dans le maintien d'une teneur normale en eau et en différents électrolytes de l'organisme. À ses deux fonctions principales s'ajoutent des fonctions endocrines multiples: le rein participe à la régulation de la pression artérielle, la fabrication des globules rouges, la minéralisation osseuse. Afin d'assurer certains de ces équilibres, le rein procède par filtration en retenant les éléments figurés du sang (globules rouges, blancs, plaquettes) et les

protéines, ne laissant passer que l'eau ainsi que les substances dissoutes. (Larousse Médical, 2000, P. 541).

Lorsque les reins n'assurent plus correctement cette fonction, les déchets s'accumulent dans le sang, le sujet est alors atteint d'insuffisance rénale ( IR) .

Quand cette pathologie atteint le stade terminal, l'hémodialyse reste le traitement le plus adéquat, pour atténuer ce dysfonctionnement, le corps pratique l'épuration extra-rénale reposant sur le principe de la dialyse.

Cette technique met en œuvre un échangeur très particulier appelé dialyseur plus connu sous le nom de « rein artificiel », au sein duquel s'effectuent des transferts par diffusion et convection entre le sang et un liquide de dialyse à travers une membrane semi-perméable. Lors de ces échanges, les contrôles physico-chimiques sont multiples afin de prévenir tout incident. Les grandes températures, pression, débit, conductivité sont donc surveillés en permanence. En complément de ces mesures, pour accroître la sécurité, sont associées une détection de présence d'air ainsi qu'une détection de fuite de sang. À cet effet, on trouve que certaines personnes supportent mal d'avoir l'avant-bras déformé par une fistule, car au fil du temps le vaisseau se dilate et n'est pas discret au regard des autres. L'hémodialyse n'est pas donc un traitement curatif, mais un traitement palliatif des insuffisances rénales chroniques. (Radermacher, L, 2004, P. 2).

Le fait de vivre donc avec une maladie chronique et être dépendant de la machine déstabilise l'état psychique du patient atteint d'insuffisance rénale chronique, et ce dernier fait face à plusieurs troubles psychologiques et mentaux, comme la dépression, L'anxiété et angoisse.

L'angoisse est une crainte d'un danger imprécis. Cette peur sans objet peut devenir pathologique au-delà d'une certaine intensité. Cependant, l'angoisse comporte fréquemment une intensité que toute anxiété ne possède pas nécessairement, de l'inquiétude au trouble de panique. Donc ce n'est pas un hasard si la personne contrôlait ses émotions. C'est un mécanisme de défense qui jusque-là, lui donnait le sentiment de se protéger contre ces peurs, ou ce qu'il croit être un danger pour lui. ([www.psychotherapie.fr](http://www.psychotherapie.fr)).

L'angoisse provoque de différentes manifestations sur la personne hémodialysée. On peut citer la difficulté à effectuer le deuil de la fonction urinaire ; la difficulté à accepter la présence d'organes non fonctionnels tandis que le rein artificiel est hors du corps... etc.

## Cadre général de la problématique

---

Autrement dit, la personne hémodialysée est dans l'obligation de se connecter à un rein artificiel tous les deux ou trois jours pour une durée comprise entre trois et cinq heures. Cette contrainte implique pour la personne une perte d'autonomie par une relation de dépendance à la machine et à un moindre degré à l'équipe soignante.

Entre les séances de dialyse, les patients doivent gérer leur régime, leur traitement médicamenteux, surveiller leur fistule et dépister les anomalies. La dialyse n'est pas donc un traitement de tout repos. De plus, l'altération des reins a d'autres conséquences sur le soma, ils sont désormais incapables de produire l'hormone appelée érythropoïétine, indispensable à la formation des globules rouges par la moelle osseuse. (Ledey, D, 2006, P. 22).

La gestion de cette maladie peut créer une rupture dans l'organisation de vie avec parfois comme conséquence un isolement social tel est le cas dans d'autres maladies chroniques.

Quand l'insuffisance rénale devient sévère, il est indispensable de programmer sans tarder un traitement pour suppléer le rein, et en vue de la quantité de la population qu'est atteint, les hôpitaux connaissent un déficit chronique en terme de moyens de prise en charge des hémodialyses, sans oublié les règles économiques et commerciales à respecter, notamment l'amortissement de l'investissement.

En conséquence de cette pathologie et son traitement, l'angoisse sera le résultat, de l'état de santé du patient et de nombreuses décisions médicales. Autrement dit ; l'angoisse d'une manière s'inscrit dans une progression, manifeste des limites (que l'on peut dépasser) et des émotions à des événements impliquant un danger potentiel physique ou psychologique (séparation, intervention chirurgicale...), mais disproportionné ou inadéquat aux yeux d'un observateur extérieur. Parfois il est difficile à la repérer, car le motif est rarement apparent. Parfois seule une psychothérapie menée à son terme permet d'en découvrir toutes les origines et de la faire baisser .

D'après tout ce qu'est dit, on peut dire que le corps et le psychisme sont une unité complexe et que l'un dépend de l'autre, car les troubles psychiques engendrent des séquelles physiques et de même la maladie chronique influe sur le côté psychique.

Tenter de comprendre l'angoisse chez les personnes hémodialysées n'est pas un travail aisé. Dans cette recherche en fait référence aux théories cognitivo-comportementales qui ont connu une « norme d'excellence », c'est-à-dire le meilleur type de thérapie pour ce genre de problèmes. (Neil, A et Rector, Ph, 2010, P.1).

Le but de cette étude est donc de suivre le changement ainsi que les effets de l'angoisse chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique traitée par hémodialyse, et pour atteindre cet objectif, nous avons opté de finaliser notre stage pratique auprès des personnes hémodialysées dans les Établissements Publics Hospitaliers (EPH) de Sidi-Aich et de Kherrata à Bejaia, et cela afin de répondre à la problématique suivante:

### **Question générale :**

➤ Les personnes hémodialysées présentent-elles des angoisses liées à leurs états de santé actuels ?

### **Question partielle :**

➤ L'hémodialyse a-t-elle provoqué chez les sujets réellement des réactions non adaptatives face à cette situation de maladie ?

➤ Les degrés de l'angoisse chez ces sujets hémodialysés est-il fort ou bien faible ? autrement dit, quel est le degré d'angoisse chez ces personnes ?

### **Les hypothèses**

#### **Hypothèse générale :**

➤ Les personnes hémodialysées présentent des angoisses liées à leurs états de santé actuels.

#### **Hypothèse partielle :**

➤ L'hémodialyse provoque chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique des réactions non adaptatives.

➤ Le degré de l'angoisse chez ces sujets hémodialysés dépend de leur souffrance.

### **2. Les concepts de la recherche :**

Il est important de déterminer les concepts clés dès le départ de toute recherche scientifique, en précisant le sens qu'ils maintiennent dans le travail, car l'ambiguïté des termes utilisée gêne le lecteur.

Un concept ou une notion peut avoir des significations différentes d'une approche à l'autre; en précisant que les mots peuvent avoir pour chaque personne des valeurs différentes .

C'est pour cette raison que nous avons essayé de préciser la signification de certains concepts clés de notre travail pour soulever toute énigmatique et orienter la pensée et sans doute faciliter la compréhension de nos propos aux lecteurs. Ainsi, les termes suivants ont fait l'objet dans cette recherche:

#### **Angoisse :**

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

Selon le dictionnaire des maladies à l'usage des professions de santé, l'angoisse est définie comme: un trouble psychologique caractérisé par la peur d'un danger et une sensation de malaise, associé à une attitude d'un évènement imprévu sans raison apparente, ponctuée d'attaque et de panique. (François, J, 2007, P. 180 ).

Selon les cognitivo-comportementaliste, l'angoisse est définie comme « un sentiment pénible d'attente, peur sans objet », la crainte d'un danger imprécis, un sentiment d'insécurité indéfinissable. Pour eux, les termes anxiété et angoisse sont aujourd'hui utilisés comme synonymes. Autre fois, le terme angoisse servait à désigner les sensations physiques de constriction et d'oppressions qui accompagnent l'état d'angoisse (psychique). ( Tribolet, S et col, 2000, P. 134).

Selon le dictionnaire français Norbert Sillamy, L'angoisse est une sensation pénible de malaise profond, déterminée par l'impression diffusée d'un danger vague, imminent, devant lequel on reste désarmé et impuissant le plus souvent, cet état s'accompagne de modifications

neurovégétatives comparables à celle que l'on observe dans le choc émotionnel, palpitation de cœur, sueur, tremblement, vision brouillée... etc. ( Sillamy, N, 2004, P. 18).

### **Opérationnalisation de concept de la recherche :**

Sur le terrain, on a constaté que l'angoisse se définit selon les signes suivants :

- Augmentation de la tension artérielle ;
- Inquiétude et peur ;
- Tremblement et agitation ;
- Sensation d'une boule au ventre ;
- Sensation d'un évènement imprévu ;
- Incapacité de se concentrer ;
- Plainte somatique ;
- Sensation d'avoir chaud.

### **Hémodialyse :**

Selon le dictionnaire Larousse de la médecine, l'hémodialyse est une méthode d'épuration du sang au moyen d'un rein artificiel.

L'hémodialyse est utilisée dans certains cas d'intoxication grave, mais c'est surtout le traitement majeur de l'insuffisance rénale aiguë et chronique. À moins qu'une greffe de rein puisse être pratiquée, le traitement de l'insuffisance rénale chronique par hémodialyse est définitif.

L'hémodialyse permet d'épurer le sang des déchets qui sont normalement éliminés dans l'urine, il consiste à mettre en contact à travers une membrane semi-perméable appelée dialyseur (ne laissant passer que les petites et les moyennes molécules) le sang du malade et un liquide dont la composition est proche de celle du plasma normal (dialysat). ( Le Petit Larousse de la médecine, 2010, P. 444).

Autrement dit, L'hémodialyse est ce qu'on appelle une méthode de suppléance rénale, c'est-à-dire une technique permettant de survivre avec des reins qui ne fonctionnent plus ou presque

plus. Elle permet de débarrasser le sang des déchets et de l'eau normalement éliminés par les reins et réalise ainsi une épuration extrarénale de l'organisme.

C'est une méthode très efficace, permet une bonne épuration en quelques heures et le plus souvent, trois séances d'hémodialyse de quatre heures par semaine sont suffisantes pour maintenir un bon état général. (Pallot, J.L, 2007, P. 2).

### **Opérationnalisation de concept de la recherche :**

On veut dire par hémodialyse les patients ayant les signes suivantes :

-Hypertension artérielle (HTA) ;

-Anémie ;

-Souffle court ;

-Sang dans les urines ;

-Gout métallique dans la bouche ;

-Dépendance au dialyseur.

### **3. Les raisons du choix du thème :**

Chaque sujet d'une recherche scientifique a un motif bien précis, et selon BEAUD M « il n'y a pas de thèmes de recherche bons ou mauvais, dans l'absolu, vous jugerez qu'ils sont bons ou mauvais par rapport à plusieurs critères ». (Beaud, M, 2006, P. 26).

Nous avons opté pour le présent thème de recherche qui s'intitule « L'angoisse chez les personnes hémodialysés » pour plusieurs raisons :

- A notre connaissance, le manque des travaux algériens sur ce sujet malgré son importance, les personnes hémodialysées sont aussi un échantillon dans la population mère de notre société qui présentent des troubles psychologiques.
- Comprendre ses malades et alléger leurs souffrances pour aller mieux et de s'adapter aux différentes conditions de vie, soit sociales ou professionnelles.
- Acquérir des connaissances sur l'angoisse en général et sur les personnes hémodialysés en particulier.
- L'importance des deux sujets « angoisse » et « hémodialyse » dans l'actualité sanitaire et quotidienne.

### **4. L'intérêt du choix du thème :**

- L'importance de ce sujet au sein de la société, à cet effet ; l'étude de l'angoisse chez ses personnes hémodialysés est un enjeu dans le domaine de la psychologie de la santé, sa prise en compte procède de la légitime souhaitée par la communauté psychologique et l'autorité sanitaire.
- L'évolution de l'angoisse chez ses malades atteints d'insuffisance rénale chronique traitée par hémodialyse.
- Par apport à la fréquence de plus en plus élevée de l'insuffisance rénale chronique qui constitue un grand problème de santé publique.

### **5. Les objectifs du choix de ce thème :**

Comme tout travail de recherche, qui vise à un but bien déterminé, les objectifs projetés dans cette étude sont les suivants:

- Cette recherche a pour objectif de connaître les liens entre une maladie chronique telle que l'insuffisance rénale chronique et les troubles psychologiques comme l'angoisse.
- Décrire les représentations qu'ils se font sur la maladie et son traitement.

## Cadre général de la problématique

---

- Comprendre le fonctionnement psychique de cette catégorie de personne.
- L'attitude de ses malades envers leurs entourages.
- Donner une chance à ses malades d'exprimer leurs souffrances internes.
- Déterminer les contraintes vécues par ces malades sur le plan familial, social et professionnel.
- Découvrir à quels points cette maladie peut influencée sur leurs états psychiques.

*La Partie  
théorique*

*Chapitre I*  
*L'angoisse*

## **Préambule**

- I.** Les différentes définitions de l'angoisse.
  - I.1.** Définition de l'angoisse selon la psychanalyse.
  - I.2.** Définition de l'angoisse selon Freud S.
  - I.3.** Définition de l'angoisse selon Lacan J.
  - I.4.** Définition classique.
    - A.** L'anxiété.
    - B.** La peur.
    - C.** L'angoisse.
- II.** Classifications de l'angoisse.
- III.** Les types d'angoisse.
  - III.1.** Angoisse de naissance.
  - III.2.** Angoisse sociale.
  - III.3.** Angoisse de mort.
  - III.4.** L'angoisse du moi.
- IV.** L'angoisse dans la théorie cognitivo-comportementale.
- V.** L'angoisse normale et pathologique.
  - V.1.** L'angoisse normale.
  - V.2.** L'angoisse pathologique.
- VI.** La sémiologie de l'angoisse.
- VII.** L'étiopathogénèse de l'angoisse.
  - VII. 1.** Le développement pendant l'enfance.
  - VII. 2.** Les facteurs biologiques.

**VII. 3.** Facteurs héréditaires.

**VII. 4.** Facteurs psychologiques.

**VII. 5.** Trouble psychiatrique.

**VII. 6.** Facteurs médicaux.

**VIII.** Le traitement de l'angoisse.

**VIII. 1.** Traitement psychologique.

**VIII.1.1.** Les psychothérapies psychanalytiques.

**VIII.1.2.** L'hypno thérapie.

**VIII.1.3.** Les thérapies cognitives et comportementales (TCC).

**VIII.1.4.** La relaxation.

**VIII.2.** Traitement médical.

**Conclusion.**

## Préambule

Le phénomène d'angoisse est un problème qui touche tout être humain, ces angoisses ne sont pas forcément éruptives; elles ne sont pas systématiquement déclarées ou visibles : elles peuvent être masquées par des comportements limites, c'est-à-dire par des comportements pathologiques ou par des attitudes qui tout simplement dérangent.

## I. Les différentes définitions sur l'angoisse :

### I.1. Définition de l'angoisse selon la psychanalyse :

Le sujet est en attente de quelque chose, un danger connu ou inconnu. Il rassemble son énergie pour se défendre et souffre de diverse manifestation somatique. (www. Geopsy.com).

### I.2. Définition de l'angoisse chez Freud S:

En accord avec Sigmund Freud, nous pouvons dire qu'elle est de l'ordre de vécu et sans objet. L'angoisse est assimilée à de l'énergie libre: une excitation pulsionnelle qui va tout mettre en œuvre pour se libérer, se décharger. L'idée de décharge met en évidence un mouvement sensori-moteur qui est perçu par le sujet dans son action et dans sa sensation corporelle: elle entre dans le registre plaisir/déplaisir. (Le Goff, I, 2010, P. 58).

L'angoisse donc, est un ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs caractérisé par une sensation interne d'oppression et de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels l'être humain se sent démuni et totalement impuissant à se défendre.

Freud S, l'a longuement décrite comme une peur devant un danger qui reste inconnu, indéterminé, venant le plus souvent de l'intérieur de soi. C'est une réaction d'alarme primitive, inscrite dans le corps comme un réflexe archaïque. (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, P. 57).

### I.3. Définition de l'angoisse chez Lacan J:

Dans ses écrits d'avant-guerre, Lacan avait référé l'angoisse au « corps morcelé » auquel le sujet est confronté au niveau du stade du miroir ; l'unification du corps entier autour de pénis

donne lieu à une angoisse de castration, mais il réfère aussi l'angoisse à la crainte d'être engouffré par une mère dévorante. Dès lors, ce qui angoisse n'est pas tant d'être séparé de la mère que de ne pouvoir s'en séparer. Il est donc faux de dire que l'angoisse se caractérise par l'absence d'objet et la distinguer de la peur. « L'angoisse n'est pas sans objet » simplement, cet objet ne prend son sens que par La Chose - cette Chose que le sujet ne peut ni dire, ni caractériser, ni envisager sans vertige. Plus profondément que l'angoisse, on trouve une détresse.

L'angoisse est donc une expression, un signifié imaginaire de cette détresse qui est solitude absolue. (Clero, J.P, 2002, P. 13).

#### **I.4. Définition classique :**

Les théories cognitivo-comportementale sépare entre anxiété, peur et angoisse :

##### **A. L'anxiété :**

L'anxiété est l'appréhension irraisonnée que nous avons en face d'un danger. Elle se distingue quantitativement de l'angoisse.

##### **B. La peur :**

La peur est l'émotion que nous éprouvons en face d'un danger dont nous mesurons l'ampleur comparativement aux moyens de défense dont nous disposons. C'est un phénomène entièrement conscient.

##### **C. L'angoisse :**

L'angoisse est un état de malaise psychique et physique :

Psychiquement elle est perçue comme un sentiment d'insécurité pouvant aller jusqu'à un état de panique. L'individu qui l'éprouve n'a pas conscience de l'objet qui la provoque ou bien encore l'état émotif qu'il subit lui paraît complètement disproportionné aux circonstances qui l'ont induit. Il y a toujours des éléments d'inconnu, d'incertitude et d'impuissance qui se rattachent à l'angoisse.

Physiquement, elle est caractérisée par une gêne respiratoire avec un sentiment de restriction de la poitrine, par des sueurs, par des palpitations et souvent encore par des tremblements des membres et une impression de faiblesse générale. Elle est un réflexe induit par

une émotion qui n'a pas pu être maîtrisée. Elle peut se présenter sous forme aiguë ou chronique. (De Saussure, R, 1953, PP. 10.11).

La distinction entre Angoisse et Anxiété est difficile à faire, l'anglais ne connaît que le terme « Anxiety », et l'allemand celui de « Angst », en français il est classique de réserver à l'angoisse les formes les plus graves de l'anxiété, c'est pourquoi on décrit une angoisse psychotique, une angoisse de morcellement, une angoisse de castration, une angoisse de mort, une angoisse de destruction... etc. Alors que l'angoisse, par définition s'accompagne de manifestation somatique et neurovégétative multiple : constriction œsophagienne, précordialgies, dyspnée, tachycardie, tremblement et hypersudation. (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, P. 57).

## II. Classifications de l'angoisse :

Trois types d'angoisse sont différenciés qualitativement selon les trois structures pathologiques suivantes:

- Chez le névrosé, elle provient de la relation triangulaire et prend la signification d'angoisse de castration.
- Chez le sujet état limite, elle provient de la relation anaclitique et génère l'angoisse de perte.
- Chez le psychotique, elle provient de l'angoisse de mort et est reconnue sous l'angoisse de morcellement. (Le Goff, I, 2010, P. 58).

## III. Les types d'angoisse:

### III.1. Angoisse de naissance :

Freud publia sa théorie sur l'angoisse en réponse à la publication de « traumatisme de la naissance » de Rank en 1924 qui avait lui aussi cherché à rendre compte de l'angoisse de séparation observée chez ses analysants. Pour ce dernier toutes les crises d'angoisse pouvaient être considérées comme des tentatives d'« abrégir » le premier traumatisme, celui de la naissance. Il expliquait toutes les névroses sur la base de cette angoisse initiale.

Freud eut à l'égard des théories de Rank une attitude hésitante, semble tout d'abord favorable, car il avait été le premier à affirmer que la naissance était la première expérience d'angoisse chez l'enfant.

L'une des objections majeures faites par Freud à Rank a été que ce dernier mettait trop l'accent sur la naissance comme danger externe, et pas assez sur l'immatunité et la faiblesse de l'individu. Par ailleurs, Freud pensait que la naissance était un phénomène purement biologique, pas psychologique, et que le nourrisson ne pouvait éprouver le type d'angoisse postulé par Rank, car il ne percevait pas encore d'objet. (Quindoz, J.M, 2002, P. 68).

### **III.2. Angoisse sociale :**

Le terme angoisse sociale apparaît dans le texte freudien. Il souligne qu'il y a un moment social de l'angoisse, autrement dit il y a une angoisse sociale. La généalogie en est limpide : « l'angoisse de castration se développe en angoisse de conscience puis en angoisse sociale ». Quand il a introduit cette expression, c'est pour souligner que la conscience n'est pas « le juge inflexible » que nous représentent les « éthiciens », mais qu'il s'agit du produit du « reproche » de « communauté » durement intériorisé du moins en temps de paix et tant que vaut le contrat social. L'état de guerre vaut à contrario comme révélateur de sa précarité : le fait que ressurgisse la cruauté en temps de guerre et de terreur confirme que cette position est réversible. (Laurant, C, 2006, P. 43).

### **III.3. Angoisse de mort :**

Le désinvestissement libidinal du moi et la résignation narcissique renvoient au sujet un sentiment de haine, d'abandon du surmoi qui correspond à un vide, une perception inquiétante et alimentent l'obsession gravitant autour de la mort: la pulsion de mort.

Le vécu d'anéantissement annonce l'anticipation et la crainte du vide, de la fin, que ce soit du principe de plaisir ou de la désagrégation de la vie biologique. La mort est présente partout, d'où le désarroi devant la maladie, devant les symptômes somatiques qui rendent imminente cette angoisse de la mort et la mort elle-même.

Anzieu D montre que le vide pourrait presque être la métaphore de l'angoisse, « Analogon » tellement il semble bien le définir dans la perception et le discours des « angoissés ». À partir du vide, qui fait référence aux écrits de Pascal, interviennent les concepts de limites et des contenants du contenu. Limites du clivage entre le trop « D'excitation pulsionnelle » et le vide,

logique contradictoire des conflits intrapsychiques, entre réalité psychique et réalité extérieure, entre dedans et dehors.

C'est un sentiment de se sentir « happé » par la mort sans pouvoir lui résister : ambivalence entre le désir de se tuer et le désir de vivre.

Cette angoisse entraînerait des comportements qui se renforcent dans la fuite et l'agressivité et qui pourraient maintenir le sujet dans une sorte d'emprisonnement. Le comportement du sujet s'orienterait de manière plus exhaustive autour d'une introspection massive l'entretenant dans l'écoute sensorielle au détriment de la créativité et de l'extériorité. (Le Goff, I, 2010, P. 18).

#### **III.4. L'angoisse du moi :**

Le moi suis réellement le lieu de l'angoisse et même l'emplacement de l'angoisse exclusif. L'angoisse nous donne la forte impression qu'en effet la pulsion s'angoisse d'elle-même, mais ce ne peut être que par moi interposé, c'est quand le moi est averti d'une façon ou d'une autre de cette montée pulsionnelle que l'angoisse surgit. Freud en désignant le moi comme emplacement de l'angoisse. (Assqun, C, 2006, P. 376).

#### **IV. L'angoisse dans la théorie cognitivo comportementale:**

Les thérapies cognitivo- comportementales (TCC) représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage: conditionnement classique, conditionnement opérant et théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information. On parle actuellement de thérapies comportementales et cognitives, ou de thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Cette appellation reflète la pratique la plus fréquente.

Selon les principes de la TCC , ce que nous ressentons est lié à notre perception de la situation angoissante et non simplement à la nature de cette situation. Cette idée a son origine dans les anciennes philosophies orientales et occidentales. Dans ses premiers ouvrages, Aaron Beck, le père de la TCC, a décrit les schémas de pensées négatives associés à l'angoisse (p. ex., être critique à l'égard de soi, du monde et de l'avenir). Il a également décrit des moyens de cibler et d'atténuer les pensées négatives afin d'améliorer l'humeur. Plus tard, Beck et ses collègues se sont concentrés sur le contenu des pensées et le processus de pensée associés à l'angoisse ainsi

que sur les moyens de traiter les problèmes d'angoisse. Depuis sa création, la TCC est devenue une des méthodes thérapeutiques les plus répandues. (Neil, A et Rector, Ph, 2010 , P. 3).

## **V. L'Angoisse normale et l'angoisse pathologique :**

Nous éprouvons tous de l'angoisse de temps à autre. Rares sont les personnes qui passent une semaine sans éprouver de la tension causée par l'angoisse ou qui n'ont pas l'impression, un jour ou l'autre, que quelque chose va mal tourner. L'angoisse peut se manifester à l'occasion d'un événement important, ou lorsqu'on perçoit une menace ou un danger, cette angoisse quotidienne se manifeste de façon intermittente, elle est bénigne et ne dure pas longtemps, alors que l'angoisse qu'éprouve une personne ayant un trouble anxieux survient fréquemment, est plus intense et peut durer des heures, voire des jours. (Assoun, P, 2006, P. 376).

### **V. 1. L'angoisse normale :**

Il est normal et nécessaire d'éprouver une certaine angoisse ; elle peut vous forcer à agir lorsque quelque chose vous inquiète et de vous mettre à l'abri du danger.

Dans certaines situations, l'angoisse peut même être essentielle à la survie. Supposons par exemple que vous êtes sur le bord d'une route et qu'une voiture fonce sur vous. Vous reconnaîtrez immédiatement le danger, vous auriez peur et vous vous déplaceriez pour éviter la voiture.

Cette angoisse normale, appelée réaction « de lutte ou de fuite », fait en sorte que vous lutterez contre la situation dans laquelle vous vous trouvez ou fuirez le danger.

Lorsque nous éprouvons un sentiment de danger ou que nous avons l'impression que le danger est imminent, le cerveau transmet un message au système nerveux, qui réagit en produisant de l'adrénaline. Cet afflux d'adrénaline rend alerte, donne de l'énergie et de la force, et prépare le corps à attaquer (lutte) ou à quitter les lieux (fuite). Toutefois, il peut avoir des effets secondaires désagréables comme la nervosité, la tension, les étourdissements, les sueurs, les tremblements ou l'essoufflement.

Ces effets peuvent être inquiétants, mais ils ne sont pas dangereux pour le corps et sont généralement de courte durée.

## V. 2. L'angoisse pathologique :

C'est l'angoisse qu'éprouve tout individu dans des situations délicates, lorsque se profilent des examens, lors de conflits, et dans d'autres circonstances encore. Quoique désagréable, c'est une perception souvent utile, permettant de nous préparer à affronter un danger et nous forçant à adopter une réponse appropriée.

Lorsque l'intensité, la durée, la fréquence des états d'angoisse sont particulièrement marquées, elles retentissent sur l'ensemble de la vie de l'individu, interfèrent parfois gravement avec son bien-être, sa qualité de vie, son intégration dans la société: dans ces conditions, l'angoisse devient pathologique.

L'angoisse pathologique est destructive, non seulement elle détruit l'individu qui en est possédé, mais elle anéantit d'avance son action. L'angoisse pathologique peut s'exprimer de manière soit aiguë (états de panique), soit chronique, ou par une combinaison de ces deux formes. Elle associe des phénomènes physiques autant que psychiques.

### Les manifestations physiques de l'angoisse sont multiples:

- Respiratoires: augmentation de la fréquence, gêne ou sensation de souffle coupé.
- Circulatoires: palpitations, augmentation des battements cardiaques, oppression, transpirations, pâleur, frissons... etc.
- Digestives: manque d'appétit, bouche sèche, sensation de boule dans la gorge ou dans l'estomac, nausées, diarrhées, etc.
- Neurologiques: vertiges, maux de tête, étourdissements, sensations d'instabilité ou d'évanouissement imminent, tremblements, tension musculaire excessive.
- Génito-urinaires: troubles sexuels, besoin fréquent d'uriner. (Dacco, P, 1973, P. 257).

### Les manifestations psychiques de l'angoisse :

Les expressions psychiques de l'angoisse peuvent également prendre des formes diverses comme : la dépersonnalisation et perte de la perception de la réalité; peur de perdre la raison, de mourir, de commettre un acte incontrôlé, de se retrouver sans aide et désespérée; sensation de terreur; comportements d'évitement, conduites rituelles exagérées (obsessions, phobies), etc. (<http://www.Angoisse- trouble anxieux/ pdf.mht>).

## VI. La sémiologie de l'angoisse :

- Symptômes cognitifs : On se concentre immédiatement et automatiquement sur la menace potentielle. La réaction peut varier d'une légère inquiétude à une terreur extrême. On trouve : les pensées anxieuses (p. ex., « Je perds le contrôle »), prévisions anxieuses (p. ex., « Je vais bafouiller et me retrouver dans une situation embarrassante ») et croyances anxieuses (p. ex., « Seules les personnes faibles sont anxieuses »).
- Symptômes physiques : En voici quelques-uns : palpitations, accélération du rythme cardiaque, respiration superficielle, tremblements, sueurs, étourdissements, vertige, impression que les genoux se dérobent sous soi, froid, tension musculaire, essoufflement et nausée.
- Symptômes comportementaux : On peut adopter divers comportements et en délaisser d'autres pour se protéger contre l'angoisse (p. ex., suivre un cours d'autodéfense ou éviter certains endroits à la tombée de la nuit).

### On trouve d'autres symptômes comme :

- Les troubles toniques : hypertonie, grandes décharges motrices au sein d'une motricité souvent désorganisée.
- Une hypervigilance avec un visage immobile, silencieux, attentif comme « glace ».
- Une inquiétude sur l'avenir avec souvent une crainte de survenue d'un accident, d'une maladie.
- Des pensées dépressives (dévalorisation, culpabilité) sont souvent associées.
- Des signes neurologiques : tremblement, secousse musculaire, vertiges et malaise. (<http://www.angoisse-troublesanxieux.fr/pdf.htm>).

## VII. L'étiopathogenèse de l'angoisse :

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

### VII. 1. Le développement pendant l'enfance :

Le nourrisson, lorsqu'il a faim ou qu'il souffre présente tous les signes de l'angoisse. Bien qu'il nous soit impossible de nous rendre compte du degré de conscience qu'il a de son état, nous

pouvons dire qu'il se sent inconfortable et incapable par lui-même de remédier à ce malaise. Son sentiment de sécurité dépendra donc entièrement des soins que lui prodiguera son entourage.

L'état de malaise, en grande partie physique, éprouvé dans la petite enfance surgit automatiquement à la manière d'un réflexe à la moindre insécurité éprouvée plus tard. Ce malaise envahit tout le champ de la conscience et contribue à son tour à augmenter l'angoisse de l'enfant, celui-ci n'ayant aucun moyen de le faire cesser. Ainsi submergés par leur malaise physique, un grand nombre d'anxieux de refusent à croire à l'origine psychologique de leur trouble. (De Saussure, R, 1953, P.12).

## **VII. 2. Les facteurs biologiques :**

### **Régulation de l'activité chimique du cerveau :**

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

- ❖ La sérotonine : La sérotonine contribue à régulariser l'humeur, l'agressivité, les impulsions, le sommeil, l'appétit, la température du corps et la douleur.
- ❖ La noradrénaline : La noradrénaline joue un rôle dans la réaction de lutte ou de fuite et la régulation du sommeil, de l'humeur et de la tension artérielle.
- ❖ L'acide gamma aminobutyrique (Le GABA) : Le GABA favorise la relaxation et le sommeil et contribue à prévenir la surexcitation.

### **Modification de l'activité cérébrale :**

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

- Anormalité dans le débit sanguin et anomalies structurelles dans le métabolisme du cerveau.
- La concentration de sérotonine, de noradrénaline et de GABA dans le système limbique, qui contrôle les réactions de la mémoire, l'angoisse et la peur).
- L'activité des systèmes de noradrénaline du corps et du cerveau génère les symptômes physiques de l'angoisse comme le rougissement des joues, les sueurs et les palpitations, qui peuvent entraîner la peur chez ces personnes.

**VII. 3. Facteurs héréditaires :**

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

**VII. 4. Facteurs psychologiques :**

L'émotion désagréable qui se traduit par la sensation subjective de malaise et de tension interne des pensées de l'angoisse sont généralement orientées vers l'activité cognitive et intellectuelle, est consacrées à forger des scénarios catastrophiques dont les thèmes sont des échecs professionnels, affectifs, accidents.

**VII. 5. Trouble psychiatrique :**

Dans plusieurs cas, 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.

Il se peut que les personnes chez qui on a diagnostiqué un trouble anxieux soient également aux prises avec un autre trouble psychiatrique ; il s'agit le plus souvent d'autres types de troubles anxieux, d'une toxicomanie ou d'une dépression. Deux personnes sur trois ayant un trouble panique vivront une dépression grave au cours de leur vie. Il faut faire particulièrement attention lorsqu'une personne ayant un trouble anxieux vit une dépression, car ces problèmes, lorsqu'ils sont combinés, accroissent les risques de suicide.

**VII. 6. Facteurs médicaux :**

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

Des études ont démontré que les personnes qui sont anxieuses ont tendance à respirer de façon irrégulière : elles alternent entre l'hyperventilation et l'apnée. Cette façon de respirer

entraîne l'apparition d'autres symptômes (p. ex, étourdissements et possibilité d'évanouissement) et augmente l'angoisse. Les techniques de rééducation fonctionnelle de la respiration peuvent aider ces personnes à résister aux symptômes d'angoisse ou à les gérer. ([http:// www.camh.net](http://www.camh.net)).

Comme on la déjà dit, l'angoisse est une peur qui n'a pas de cause apparente et qui se déclenche apparemment n'importe quand, même pendant le sommeil. Les causes de cette peur existent, bien sûr, mais elles sont inconscientes et donc ne sont pas perçues par la personne qui en souffre.

- Des événements stressants ou traumatisants de la vie ;
- Des antécédents familiaux de troubles anxieux.

### **VIII. Le traitement de l'angoisse :**

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

Parmi ces méthodes, on cite :

#### **VIII.1. Traitement psychologique :**

Un soutien psychologique et une prise en charge attentive sont d'une efficacité reconnue. Des psychothérapies plus spécialisées peuvent être utiles dans des cas difficiles. Il s'agira en tout cas de bien comprendre, avec le patient, dans quel contexte de signification le trouble est survenu, mais aussi quelles sont les conséquences en termes de relations avec l'entourage. Un climat de sécurité et de confiance peut parfois être facilité par des approches corporelles comme la relaxation. Celle-ci peut même constituer une ressource utile pour la prévention des rechutes.

##### **VIII.1.1. Les psychothérapie psychanalytique :**

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

Dans la psychanalyse, il s'agit donc de revenir aux traumatismes passés, de retrouver les souvenirs des scènes oubliées afin de permettre l'expression et l'abréaction des affects qui leur sont liés ; la démarche s'appuie sur la libre association, l'exploration des rêves, l'analyse des

souvenirs écrans. Pour les thérapies existentielles, le travail s'opère sur le ressenti actuel et sur l'expression dans la situation thérapeutique d'une gestalt inachevée ; il faut lever les inhibitions qui empêchent le patient de trouver une nouvelle réponse aux situations qu'il répète ; à partir de là, il peut libérer les émotions contenues par l'inhibition.(Delourme, A, 2004 , P.166).

### **VIII.1.2. L'hypno thérapie :**

L'hypno thérapie consiste à accéder à ces processus inconscients, pour cela, seule l'hypnose permet de le faire, puis de faire en sorte qu'ils s'arrêtent. Le traitement commence donc par une exploration sans hypnose pour comprendre le mécanisme d'entretien de l'angoisse ; pourquoi les processus d'activation ne s'arrêtent pas ? comment se fait-il qu'ils continuent à être actifs alors que la situation qui les a fait naître a disparu ? Ensuite, en fonction de ces mécanismes d'entretien mis à jour dans la phase d'expression, des changements sont introduits dans le fonctionnement psychique du patient, ces changements qui conduisent à l'arrêt de ces processus. Cette phase du travail est essentielle, car c'est la phase de la limitation de certains patrons mémorielle, de façon à supprimer l'association entre le souvenir et l'émotion.

### **VIII.1. 3. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC):**

les thérapies cognitives et comportementales se démarquent de façon importante et elles ont connu un essor remarquable.

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont fondées sur une méthode intensive de courte durée (de six à vingt séances) centrées sur la résolution des problèmes. C'est une thérapie rapide, pratique et orientée vers un but qui permet aux clients de développer à long terme les habiletés nécessaires pour rester en bonne santé. Les TCC mettent l'accent sur le moment présent et les problèmes qui surviennent au quotidien, sans tenir compte de passé du sujet. Elle aide les clients à examiner la façon dont ils interprètent et évalue ce qui se passe autour d'eux et les effets de cette perception sur leur expérience émotionnelle.

Les TCC sont donc un traitement qui se base sur les théories de l'apprentissage et axé sur le changement de comportement où le patient apprend à se libérer des mauvais comportements tels que le comportement d'évitement dans des situations déclenchant l'anxiété et l'angoisse, et à les remplacer par un comportement adéquat.

La thérapie cognitive ; son objectif est d'apprendre au patient comment endiguer les pensées négatives qui retiennent ou aggrave l'angoisse. On utilise entre autres des exercices de relaxation et des consignes concrètes.

HATTENSCHWILER J a ajouté que la thérapie comportementale et cognitive comprend quatre aspects principaux :

- 1— L'information permet, grâce à un modèle explicatif, de diminuer les conceptions erronées au sujet de l'anxiété.
- 2— Il s'agit, lors de restructuration cognitive, de contrecarrer la peur à l'aide d'exercices mentaux et d'apprendre à juger plus pratiquement les situations anxiogènes.
- 3— Les exercices d'expositions sont la confrontation progressive du patient avec les situations angoissantes. Il apprend à supporter la peur.
- 4— Le principe de base du traitement n'est pas seulement de réduire l'anxiété des patients, mais de leur fournir aussi des stratégies pour faire face à l'anxiété, qu'ils peuvent ensuite employer eux-mêmes (Techniques respiratoires, exercices de détentes musculaires, exercices de perceptions).

#### **VIII.1.4.La relaxation :**

La relaxation psychothérapique est aujourd'hui l'un des courants les plus prometteurs dans le domaine des psychothérapies. Il s'agit de plusieurs techniques dérivées de grands courants théoriques et qui visent globalement à une réduction du stress et d'anxiété et peuvent générer une diminution du niveau d'alerte, de la fréquence cardiaque et respiratoire, et de la tension artérielle.

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste à l'angoisse. De ce fait ; il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas, sous une forme ou une autre, ce type de méthode. Elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate de l'une des nombreuses techniques existantes : training autogène, relaxation musculaire progressive, etc. (Cottraux, J, 2004, P. 195).

Le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'angoisse.

L'état physiologique de la relaxation peut être obtenu si l'individu respecte quatre conditions fondamentales : environnement calme, attitude passive, concentration (sur un mot, une image, une partie du corps, etc.), tonus musculaire diminué.

Deux types de relaxation sont essentiellement utilisés en pratique : le training autogène et la relaxation musculaire progressive. Les autres méthodes (telles que la relaxation psychologique : relaxation psychodynamique, hypnose..., la relaxation philosophique, yoga, la méditation transcendantale...) sont trop complexes et peu utilisées. Elles nécessitent un apprentissage long et sont orientées vers d'autres buts, même si elles comportent une composante physiologique. L'utilisation de la relaxation doit cependant obéir à deux règles pour être pleinement efficace : un apprentissage progressif et une utilisation adéquate. (Palazzolo, J, 2007, P. 67).

### **VIII.2. Traitement médical :**

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

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

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

**Conclusion :**

Pour conclure , on peut dire que l'angoisse est une sensation aux différentes menaces ou psychogènes, soit interne ou externes, elle est liée à un conflit refoulé ; peut parfois être possédée pendant des années, puis faire brusquement irruption à propos d'une association d'idées insolite.

*Chapitre II*  
*Hémodialyse*

## **Préambule**

- **L'hémodialyse: aspect médical.**

### **I. Le rein.**

#### **I.1. Définition.**

#### **I.2. L'anatomie du rein.**

#### **I.3. Configuration et description du rein.**

##### **A. Configuration extérieure du rein.**

##### **B. Configuration intérieure du rein.**

#### **I.4. Les fonctions du rein dans le corps.**

### **II. Insuffisance rénale (IR).**

#### **II.1. Définition.**

#### **II.2. Les types de l'insuffisance rénale.**

##### **II.2.1. L'insuffisance rénale aigüe.**

- A. Définition.**
- B. Les causes de l'insuffisance rénale aigüe.**
- C. Traitement de l'insuffisance rénale aigüe.**

##### **II.2.2. Insuffisance rénale chronique.**

###### **II.2.2.1. Définition.**

###### **II.2.2.2. Les différents types de l'insuffisance rénale chronique.**

###### **II.2.2.3. Les causes de l'insuffisance rénale chronique.**

###### **II.2.2.4. La classification de l'insuffisance rénale chronique.**

###### **II.2.2.5. L'insuffisance rénale chronique en Algérie.**

###### **II.2.2.6. Le traitement de l'insuffisance rénale chronique.**

6.1. La dialyse péritonéale (DP).

6.2. Hémodialyse (HD).

**6.2.1. Définition.**

**6.2.2. Contexte historique.**

**6.2.3. Les principes de l'hémodialyse.**

**6.2.4. Abords vasculaires pour hémodialyse.**

**6.2.5. Incidents au cours d'une séance d'hémodialyse.**

• **L'hémodialyse : aspect psychologique.**

**Préambule.**

1. L'annonce de la maladie.

2. Le bouleversement psychologique.

3. Le bouleversement de la dimension temporelle.

4. L'hémodialysé et les relations sociales.

5. Diététique et insuffisance rénale chronique.

6. L'avenir et les maladies chroniques.

7. Le soutien psychologique et l'insuffisance rénale chronique.

**Conclusion .**

## Préambule

La maladie rénale est souvent la plus silencieuse des maladies et il est ainsi difficile de connaître avec exactitude la date de son apparition. Le stade de l'insuffisance rénale terminale et par contre symptomatique avec les signes cliniques liée à l'intoxication urémique. Le sujet relève alors d'un traitement de suppléance par dialyse. Il s'agit de remplacer alors un organe vital défaillant ; le rein dans l'hémodialyse par un rein artificiel, un traitement pour la vie et cela provoque un bouleversement non seulement sur le côté biologique, mais aussi sur le côté psychologique.

- **L'hémodialyse: aspect médical.**

### I. Le rein:

#### I.1.Définition:

Selon le dictionnaire médical : le rein est un « organe pair qui sécrète l'urine, située de chaque côté de la colonne vertébrale, dans la région lombaire, en arrière du péritoine, il a une forme ovale aplatie caractéristique, il est entouré d'un tissu cellulo – adipeux , et en constitué de deux zones distinctes : une partie centrale ( médullaire) qui comprend les pyramides rénales, et une partie périphérique ( le cortex ) qui comprend des tubules disposés irrégulièrement (tubules rénaux ) entourés d'un grand nombre de capsules rénales formées de capillaires issus de l'artère rénale ». (Dictionnaire médical, 2009. P. 805).

- La médullaire est formée par huit (8) cônes (4 à 18) appelés les pyramides de Malpighi, dont l'extrémité interne dénommée papille, faite saillie dans les calices et dont la base externe jouxte le cortex périphérique.

La médullaire comprend deux (2) parties:

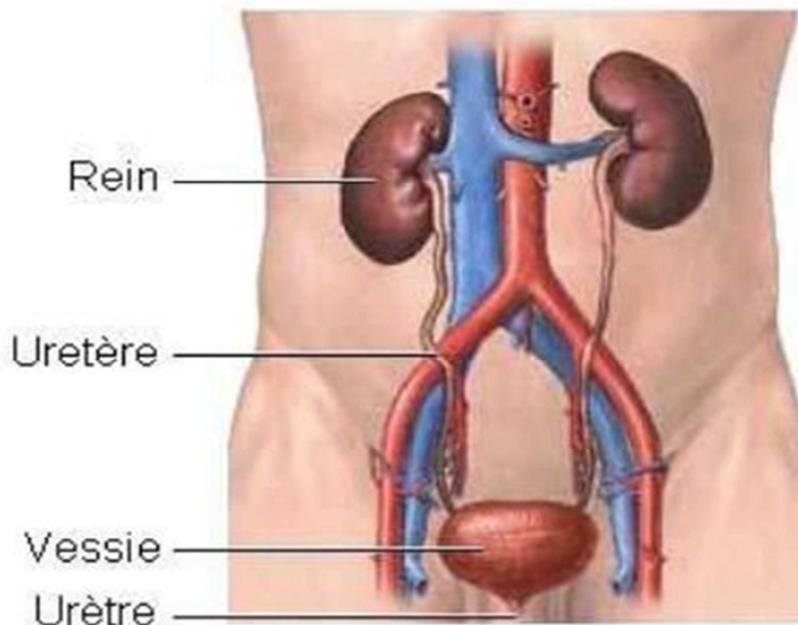
- La médullaire externe voisine du cortex comporte une couche externe et une couche interne.
- La médullaire interne qui forme la papille.
- Le cortex coiffe la base des pyramides de Malpighi et s'insinue entre les pyramides constituant les colonnes de Bertin.

Les pyramides de Malpighi envoient des rayons médullaires appelés pyramides de Ferrein dans le cortex appelé labyrinthe. (Pallot, J.L, 2007, P. 2).

Le rein fait partie du système urinaire, c'est un organe dont le rôle est l'épuration et le maintien de l'équilibre intérieur. Il existe deux reins, situés dans la région rétro- péritonéale, de part et d'autre du rachis et des axes vasculaires. (Olmer, M, 2007, P.15).

## I.2. L'anatomie du rein :

Les reins sont situés dans le rétro péritoine et forment un organe pair, l'un à droite, sous la fois, et l'autre à gauche, contre la rate, chacun pèse de 120 à 150 grammes chez l'adulte. Ils sont délimités par une fine capsule entourée d'une mince couche de tissu adipeux et ce dernier entouré d'une couche de tissu fibreux, le fascia de Gerota. Le hile rénal représente la jonction du rein, de l'uretère et du bassinet, et contient aussi l'artère et la veine rénale. ( Querin et Valiquette, 2004, P. 5).



**Figure 1 : La place du rein dans le corps humain. Anatomie macroscopique. (Combaz, F, 2011, P .17).**

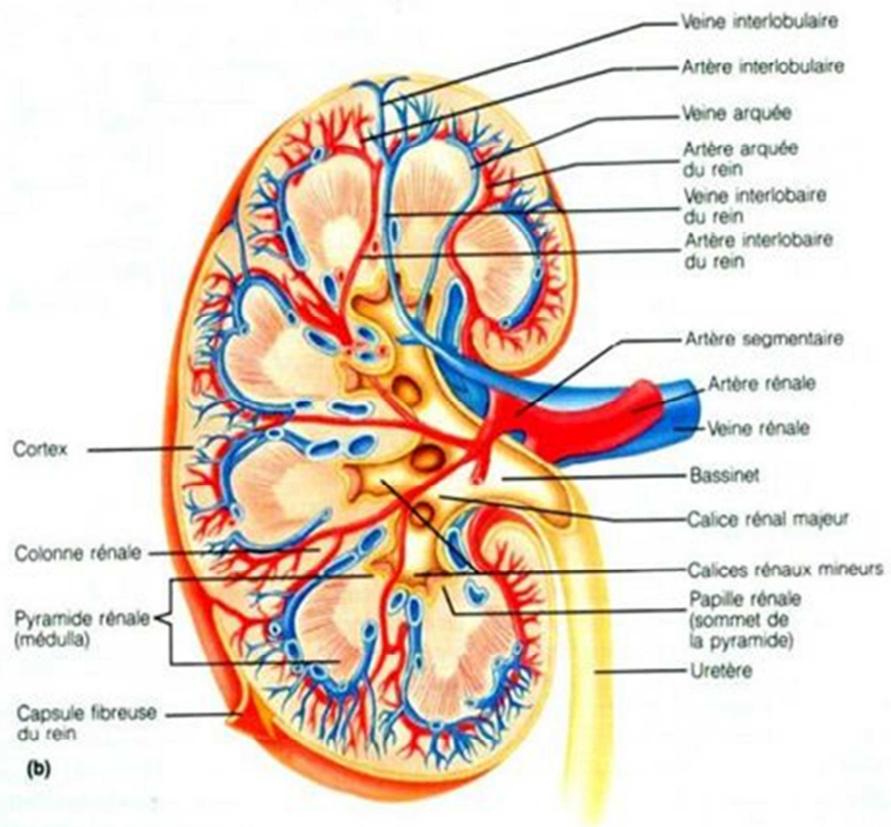


Figure 2 : Le rein, Anatomie macroscopique. (Diane G.R, 2010, P. 2).

### **I.3. Configuration et description du rein:**

#### **A. Configuration extérieure du rein :**

À l'état normal, il existe deux reins ; l'un à droite et l'autre à gauche. Les reins ressemblent à un haricot, ils sont appliqués sur la paroi abdominale postérieure: ils se placent dans l'espace conjonctif en arrière de la cavité péritonéale, dans les régions lombaires de part et d'autre de la colonne vertébrale.

Chez l'adulte, le pôle supérieur atteint approximativement le bord supérieur de la deuxième vertèbre dorsale, le pôle inférieur se place au niveau du troisième vertèbre lombaire.

Le hile rénal correspond à la première vertèbre lombaire, la douzième côte de longe obliquement le rein à la jonction de son tiers supérieure et son tiers moyen.

Sur une hauteur de quatre vertèbres (les deux dernières dorsales et les deux premières lombaires) le rein droit est situé sur un demi-segment vertébral plus bas que le rein gauche, car ce dernier est abaissé par le foie.

Le rein présente deux faces, deux bords et deux extrémités ou pôles ; le bord interne est interrompu en son milieu par une forte échancrure, délimitant le hile, qui est l'orifice d'une cavité interne, le sinus rénal.

Le rein a 12 cm de longueur et une largeur de 6 cm, une épaisseur de 3 cm, un poids de : 140 gr (125 à 170 gr chez l'homme) et de 125 gr (115 à 155 gr chez la femme).

Le rein est recouvert d'une capsule fibreuse qui constitue une barrière contre les traumatismes, elle empêche également la propagation de l'infection au rein. (Elaine, N, 1999, P. 975).

#### **B. Configuration intérieure du rein :**

Le rein est constitué du parenchyme rénal entouré d'une capsule fibreuse, et creusé du sinus rénal. (Oresstti, A, 1985, P. 15).

#### I.4. Les fonctions du rein dans le corps:

Les reins filtrent le sang et éliminent les déchets azotés grâce aux très nombreux néphrons qu'ils contiennent. Ils assurent également la régulation de la tension artérielle. Ses principales fonctions sont :

- L'élaboration de l'urine à partir du sang, ce qui permet d'éliminer les déchets et de maintenir constant le milieu intérieur du corps (équilibre acidobasique du sang).
- La sécrétion d'érythropoïétine, une hormone qui permet la maturation des globules rouges dans la moelle osseuse.
- La transformation de la vitamine D en sa forme active.
- La sécrétion de rénine, une enzyme servant à réguler la pression artérielle.

On peut dire donc que les reins ont pour mission quotidienne de pomper quelque 189 litres de sang à travers 225 km de canaux et des millions de filtres « néphrons ». (Boubchir, A, 2004, P. 22).

Un seul rein, pourvu qu'il soit sain, suffit à assurer la fonction rénale, ce qui explique la bonne qualité de vie des sujets ayant subi une néphrectomie (ablation d'un rein). (Larousse Médical, P. 885).

Les artères se divisent très rapidement en artères très petites qu'on appelle des capillaires. Chaque capillaire va s'enrouler sur lui-même pour former une sorte de fouillis de vaisseaux comme une pelote de laine entourée d'une membrane. Chacune de ces petites unités (il y en a environ 1 million) constitue ce qu'on appelle un glomérule. Ils sont situés dans la périphérie du rein. C'est à cet endroit que se fait le premier temps de la fabrication des urines : la filtration urinaire qu'on appelle aussi la filtration glomérulaire. Cette filtration glomérulaire est mesurée par la clairance de la créatinine. C'est l'atteinte du glomérule qui est responsable des maladies appelées glomérulonéphrites.

Cette urine, dite urine primitive, est très diluée et remplie d'éléments qui ne doivent surtout pas s'échapper : le glucose, le potassium, les acides aminés, etc. Ces éléments vont donc devoir être récupérés par le rein et remis dans la circulation, de façon à ce que ne restent dans les urines que les sels minéraux en excès, l'urée et l'eau en excès. C'est le deuxième temps de la fonction

rénale: réabsorber et concentrer les urines pour aboutir à l'urine définitive. Ça s'appelle aussi, la fonction tubulaire.

Pour assurer cette fonction, de chaque glomérule va partir un système compliqué de tubes très fins appelés des tubules. Ces tubes contournés qui font plusieurs allers et retours depuis la périphérie du rein jusqu'au centre du rein vont patiemment réabsorber tous les éléments importants. La longueur totale de ces tubules, s'ils étaient mis bout à bout, représenterait plusieurs centaines de kilomètres. Au bout de ce trajet, il ne reste plus d'urine primitive diluée et riche en éléments importants, mais uniquement de l'urine définitive, concentrée et ne comportant que des déchets. Cette fonction de réabsorption du sel est sous les contrôles de l'aldostérone qui est une hormone fabriquée par la glande surrénale. La réabsorption d'eau est liée à la réabsorption du sel, mais aussi de l'antidiurétique hormone (ADH) qui est fabriquée par l'hypophyse.

Au total, l'eau, le sel, le glucose et les principaux éléments importants se retrouvent dans le sang, et les déchets sont éliminés : le rein a réalisé son contrat. Il ne lui suffit plus que d'émettre ces urines dans la cavité centrale située au niveau de son hile. On est à ce moment toujours dans l'appareil urinaire, mais on est sorti du strict domaine du rein et donc du médecin qui s'en occupe: le néphrologue. Le reste, ce sont les voies urinaires, du domaine de l'urologue. (Loice, 2005).

## II. Insuffisance rénale (IR)

### II.1. Définition :

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

L'insuffisance rénale est définie comme une diminution du pouvoir épurateur des reins et correspond donc à une diminution du nombre de néphrons fonctionnels. En pratique, elle se manifeste avant tout par une diminution de la clearance de créatinine. Il faut, cependant, savoir que chaque néphron a un pouvoir d'adaptation tel qu'il peut largement modifier son débit glomérulaire selon la demande (ce qui explique que les valeurs normales de clearance de

créatinine peuvent passer du simple au double). C'est ainsi que lorsqu'un néphron n'est plus fonctionnel, son voisin peut à lui seul entièrement compenser cette déficience. Une diminution de 50 % du nombre de néphrons fonctionnels n'aura donc aucune expression biologique. L'exemple le plus caractéristique est celui des individus porteurs d'un rein unique à la suite d'un don d'organe : la clearance de créatinine reste dans les limites de la normale.

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

Autrement dit, c'est la réduction de la capacité des reins à assurer la filtration et l'élimination des produits du déchet du sang, à contrôler l'équilibre du corps en eau et en sels et à régulariser la pression sanguine. (Larousse Médical, 2000, P. 541).

## II.2. Les types de l'insuffisance rénale :

On définit deux types d'insuffisance rénale :

- ❖ L'insuffisance rénale aiguë (IRA).
- ❖ L'insuffisance rénale chronique (IRC).

### II.2.1. L'insuffisance rénale aiguë :

#### A. définition :

L'insuffisance rénale aiguë (IRA) correspond à un arrêt brutal de la fonction de la plupart des néphrons qui, au départ, fonctionne plus au moins normalement. La clairance de la créatinine est alors brutalement portée à (0) ou presque. La première manifestation sera alors l'oligo-anurie. S'ensuit :

- Une évaluation rapide (en quelque heure) des taux sanguins de créatinine d'urée.
- Un état de surcharge hydro sodé progressif pour autant que l'apport exogène d'eau et de sel ne soit pas interrompu (élévation des pressions veineuses centrales, HTA, œdèmes périphériques).
- Une hyperkaliémie avec trouble du rythme cardiaque (bradycardie, arrêt).
- Une acidose métabolique avec hyperventilation, torpeur puis coma.
- Production rénale d'érythropoïétine et au déficit d'activation de la vitamine D en position 1-alpha, sont généralement absentes à la phase subaiguë. Elles apparaissent

progressivement seulement si la situation se prolonge au-delà d'une semaine. (Simon, P, 2007, P. 14).

Selon le dictionnaire Larousse, l'insuffisance rénale aigüe associée à la prise d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, ou d'un bloqueur des récepteurs de l'angiotensine. (Querin et Valiquette, 2004, P. 171).

## **B. Les causes de l'insuffisance rénale aigüe :**

Les causes de l'insuffisance rénale aigüe (IRA), sont plus restreintes que celle de l'insuffisance rénale chronique, on distingue:

- L'urée urinaire est de loin supérieure à l'urée plasmatique : cela prouve que le rein concentre l'urée et l'excrète ;
- Le rapport sodium/potassium est inférieur à 1 dans les urines : le patient urine moins de sodium que de potassium. Cela prouve que les fonctions rénales de réabsorption du sodium et d'élimination du potassium ne sont pas altérées.
- Préglomérulaires ou "prérénales" (tout état de choc, thrombose ou clampage prolongé de l'aorte sus-rénale ou des deux artères rénales, sténose bilatérale des artères rénales traitées par IEC....).
- Intraglomérulaires (glomérulonéphrite aiguë, éclampsie, CIVD...).
- Tubulaires (nécrose tubulaire aiguë post-ischémique, toxique (métaux lourds, produits de contraste radiologique...) Poste rénale (syndrome obstructif). (Radermacher, L, 2004, P. 17).

-Chute du débit (flux) sanguin rénal par diminution du débit cardiaque:

- par trouble du remplissage hypovolémie;
- Par trouble de la pompe: insuffisance cardiaque aiguë. Et/ou chute de la pression de perfusion rénale, conséquence d'un abaissement ou d'un effondrement de la pression artérielle.

-Chute de la pression de perfusion rénale, conséquence d'un abaissement ou d'un effondrement de la pression artérielle.

## **C. Traitement de l'insuffisance rénale aigüe :**

- Restriction des apports en eau, sodium et potassium ;
- Assurer un apport calorique suffisant : 30 cal/kg/j ;
- Apporter au moins 1 g/kg/jour de protides ;

- Lutte contre l'hyperkaliémie (Kayéxalate);
- Lutte contre l'acidose métabolique (THAM) ;
- Épuration extrarénale (dialyse péritonéale ou hémodialyse) ;
- Mise sous surveillance automatique (monitoring).

## **II.2.2. Insuffisance rénale chronique :**

### **II.2.2.1. Définition :**

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par une diminution de la filtration glomérulaire (FG) en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons fonctionnels (ce qui la différencie de l'insuffisance rénale aigüe).

Autrement dit, c'est une réduction néphrotique plus ou moins lentement progressive à laquelle fait suite une adaptation jusqu'à une certaine limite par les néphrons restants afin de sauvegarder l'homéostasie. C'est une altération progressive des fonctions excrétrices et endocrines du parenchyme rénal, conséquence de lésion anatomique irréversible.

En raison de la très grande dispersion des valeurs physiologique du FG, l'IRC est défini arbitrairement par le choix d'une valeur limite inférieure à la « normale ». Compte tenu de la dispersion des valeurs de FG 16 % des sujets normaux ont une FG < 110 ml / mn/ 1,73 m<sup>2</sup> et 2,5 % ont une FG < 90 ml / mn /1,73 m<sup>2</sup>.

En pratique, l'insuffisance rénale chronique regroupe l'ensemble des manifestations cliniques, biologiques et radiologiques secondaires à la destruction du capital néphrotique. Quand l'insuffisance rénale chronique arrive au stade terminal, l'organisme va être affecté de plusieurs manières. Certains symptômes sont le reflet de la maladie qui a causé l'IRC (néphropathie initiale), d'autres sont dus au dysfonctionnement des reins eux-mêmes. (Boubchir, A, 2004, P. 22).

### **II.2.2.2. Les différents types de l'insuffisance rénale chronique :**

- ❖ Insuffisance rénale chronique avec anomalie morphologique macroscopique rénale.
- ❖ Insuffisance rénale chronique avec anomalie de transport.
- ❖ Insuffisance rénale chronique avec anomalie métabolique ou inflammatoire générale.
- ❖ Insuffisance rénale chronique et affections congénitales.

### II.2.2.3. Les causes de l'insuffisance rénale chronique :

Selon Larousse médicale ; les causes de l'insuffisance rénale chronique sont multiples ; presque toutes les maladies atteignant les reins peuvent évoluer vers une insuffisance rénale chronique. On les range en deux catégories:

- ❖ Les maladies rénales à proprement parler, qu'elles atteignent exclusivement les reins (diabète).
- ❖ Les maladies des voies excrétrices (calices, bassinet, uretère, vessie), congénitales (malformation, par exemple) ou acquises (tumeur de la vessie, par exemple). (Larousse Médical, 2000, P. 541).
  - Des infections rénales répétées.
  - Des traumatismes aux reins ou à d'autres parties de corps (écrasement).
  - Une compression prolongée des muscles squelettiques (cela cause la libération de myoglobine, qui peut boucher les tubules rénaux).
  - Héritaires (polykystose, maladie d'Al port...).
  - Endocrines (diabète, hyperparathyroïdie primaire...). (Elaine, N, 1999, P. 1002).
  - Néoplasique (hypernéphrome, métastases, lymphome).
  - Vasculaire (hypertension artérielle, embolies). (Radermacher, L, 2004, P. 15).
  - L'hypertension artérielle et le diabète sont responsables de près d'un cas sur deux de maladie rénale chronique.
  - Une obstruction des voies urinaires et un reflux, attribuables aux infections et aux calculs fréquent ou à une anomalie automatique congénitale. ([http : // santé.Canos.\\_info\\_détails](http://santé.Canos._info_détails)).

<u>Affection</u>	<u>%</u>
Diabète	30,6
HTA	26,5
Glomérulonéphrites	13,6
Polykystose	3,4
Uropathies	5,4
Autres et inconnues	20,5

**Tableau 1 : les principales causes d'insuffisance rénale chronique. (Boubchir, A, 2004, P. 25).**

**II.2.2.4. La classification de l'insuffisance rénale chronique :**

<u>Les différents niveaux</u>	<u>Créatinine (<math>\mu\text{mol/l}</math>)</u>	<u>Clairance de la créatinine (ml/mn)</u>
<u>Débutante</u>	110 à 150	60 à 100
<u>Modérée</u>	150 à 300	30 à 60
<u>Sévère</u>	300 à 600	15 à 30
<u>Evoluée</u>	600 à 800	10 à 15
<u>Terminale</u>	>800	<10

**Tableau 2 : Les différents niveaux de l'insuffisance rénale chronique (Boubchir, A, 2004, P. 24).**

**II.2.2.5. L'insuffisance rénale chronique en Algérie:**

L'insuffisance rénale chronique est un terme qui désigne l'altération à des degrés divers du fonctionnement des deux reins. Le nombre de personnes touchées par cette maladie ne cesse de croître dans le monde.

❖ En Algérie, on estime le nombre des nouveaux patients enregistré chaque année au stade terminal de leur insuffisance rénale à 3 000 cas, soit 50 à 100 nouveaux cas par million d'habitants. En 2004, les statistiques du ministère de la Santé faisaient état du traitement de 300000 patients.

➤ L'hémodialyse en centres lourds (Chu, hôpitaux régionaux) est la première méthode de traitement dans notre pays, très loin devant la dialyse péritonéale, la greffe rénale et l'hémodialyse hors centre qui est quasi-inexistante.

➤ C'est à partir de 1980 que la technique de la dialyse péritonéale (DP) a été introduite en Algérie, et ce, grâce aux efforts des premiers spécialistes algériens en néphrologie. Et la première greffe rénale à partir de donneur a été effectuée le 14 juin 1986.

➤ Environ 10 % des patients sont mis sous la technique de la dialyse péritonéale continue ambulatoire.

Un arrêté ministériel autorisant les prélèvements d'organes et de tissus humains : rein, foie et cornée pour les opérations de transplantation sur des patients nécessitant cette thérapie a été diffusée (en 2002) à certains établissements de santé (CHU Mustapha d'Alger, EHS Clinique Daksi de Constantine). Il s'agissait de dynamiser l'activité de greffe au niveau des deux centres existants à partir de donneurs cadavériques (opération moins douloureuse que sur un donneur vivant, tout en permettant un développement plus rapide de la technique de la transplantation).

➤ Au 25 septembre 2005, 238 opérations de transplantation ont été effectuées en Algérie (160 à l'hôpital Mustapha, 69 à l'EHS de Constantine et 9 à l'hôpital de Blida). 18 transplantations rénales ont eu lieu en 2005 et d'autres greffes sont prévues avec l'ouverture des centres spécialisés d'Oran, de Tizi-Ouzou et d'Annaba.

➤ Le nombre de patients pris en charge au 31 août 2005 est de 5 187 dans le secteur public et 2 423 dans le secteur privé qui comptent respectivement 104 et 45 centres d'hémodialyse.

➤ Le coût inhérent à la prise en charge thérapeutique en hémodialyse atteindrait 20 milliards de dinars par an. Une seule séance d'hémodialyse coûte entre 7 000 et 10 000 dinars et chaque malade a besoin d'une séance tous les deux jours. Ceci sans compter, parfois, l'achat de médicaments très coûteux (ex. : l'EPO, une hormone qui évite l'anémie et qui coûte environ 17 000 dinars le coffret de six doses...non remboursé par la CNAS).

➤ Sur le plan religieux, la question est réglée, car il y a eu une fatwa, les religieux ayant précisé que la mort cérébrale est une mort clinique.

➤ En 2005, il y avait 145 centres de dialyse avec 1 860 générateurs de dialyse pour 7 800 malades. En 2006 (juin), ils sont 168 centres fonctionnels dont le tiers est constitué de centres privés conventionnés avec la CNAS, possédant 2 000 générateurs pour 10 000 malades dialysés. Ce sont quelque 110 000 séances d'hémodialyse qui sont assurées chaque mois.

➤ En janvier 2006, un projet de réalisation, en 24 mois, d'un Institut national du rein est lancé au niveau du CHU Frantz Fanon de Blida : 13 587 mètres carrés, coût global de 801 708 000 dinars, 189 lits, sept cabinets, imagerie médicale, plateau technique (scintigraphie, endoscopie, lithotritie, laboratoire, service de médecine légale, pharmacie), six générateurs pour l'hémodialyse, auditorium, amphithéâtre, bibliothèque...).

➤ Selon le Pr Madjid Bokhari, lors d'une conférence de presse tenue mercredi 13 mars 2008, à la veille de la célébration de la journée mondiale de la néphrologie, entre 1 500 à 3 000 nouveaux cas d'insuffisance rénale (il y a, au total 10 000 personnes atteintes de la pathologie,

soit 375 pour 1 million d'habitants) sont enregistrés chaque année et le nombre de personnes atteintes des différentes pathologies rénales se situe entre 5 et 6 millions. Actuellement, il existe, selon lui, 270 centres de dialyse, dont 70 privés. La prise en charge globale coûte 40 à 60 millions de dollars, soit 2,25 % du budget de la santé. À noter que la norme internationale fixe la moyenne à 6 transplantations pour 1 million d'habitants, mais l'Algérie n'en effectue encore que 3,5... alors qu'il peut être effectué 30 pour 1 million s'il y avait plus de donneurs et si le prélèvement d'organes sur les cadavres était plus aisé. L'année 2006 a connu une relance des transplantations (116 opérations... et 117 en 2007) et le programme du ministère ambitionne de réaliser 200 transplantations par an (alors que les besoins se situent entre 200 et 500 greffes/an).

- 300 néphrologues algériens exercent en 2008 en France.
- Une séance d'hémodialyse coûte environ 7 000 dinars dans le secteur public et 10 000 dinars dans le secteur privé... et les insuffisants rénaux ont besoin de 3 séances hebdomadaires.
- Selon le ministre de la Santé (18 décembre 2008), lors d'une journée d'information et de sensibilisation portant sur le greffe rénale à partir du donneur cadavérique, l'Algérie a besoin de 4 000 greffes annuellement, l'Algérie comptant 13 000 insuffisants rénaux et enregistrant chaque année environ 4 500 nouveaux cas, dont 90 % nécessitent une greffe rénale.
- En 2009, il y a 230 centres d'hémodialyse, traitant près de 10 000 patients.
- Selon le Pr Rayane, président de la Société algérienne de néphrologie (10 mars 2010 et mercredi 13 octobre 2010), 1 000 greffes rénales ont été faites depuis 1986 dont 600 en Algérie et 40 à l'étranger alors que le nombre de personnes nécessitant soit une dialyse soit une transplantation est au nombre de 3 500 par an. 13 500 patients bénéficient du traitement dans plus de 250 centres de dialyse.
- Depuis 1986 à 2011, moins de 1000 greffes rénales ont été réalisées et la liste d'attente qui était de 3 000 patients en l'an 2 000, a plus que doublé en 10 ans (7 000). Selon le Pr Rayane (samedi 17 décembre 2011), 80 à 100 nouveaux cas d'insuffisance rénale sont enregistrés annuellement pour chaque million d'habitants... et le coût de la greffe d'un seul rein est de 1,5 million de dinars. (El WATAN, publié le 28 avril 2013).

Actuellement près de 13000 personnes sont touchées par l'insuffisance rénale chronique (IRC), une maladie qui demeure insidieuse et méconnue du grand public. Dans notre pays, environ 4000 nouveaux cas d'insuffisance rénale chronique sont enregistrés chaque année. (Bouabka, A, 2009, P. 6).

### **II.2.2.6. Le traitement de l'insuffisance rénale chronique :**

En cas de l'insuffisance rénale chronique (IRC), comme traitement en dehors de la transplantation rénale on trouve : la dialyse péritonéale et l'hémodialyse.

Le choix entre la dialyse péritonéale ou l'hémodialyse doit être discuté en fonction de considérations telles que la disponibilité de la technique, les conditions sociales de vie et de l'éloignement du centre de dialyse ainsi que l'âge de patient et sa capacité à gérer son traitement. ([http:// www. Inserm. fr/ Insuffisance -rénale](http://www Inserm. fr/ Insuffisance -rénale)).

#### **6.1. La dialyse péritonéale (DP) :**

Technique de dialyse utilisant comme membrane d'échange et de filtration une enveloppe interne du corps, péritoine.

La dialyse péritonéale fut d'abord employée pour le traitement des insuffisances rénales aiguës, puis plus récemment, du fait de la bonne résistance du péritoine, pour celui des insuffisances rénales chroniques. Le péritoine (membrane à double feuillet qui tapisse la cavité abdominale et les organes qu'elle contient et dont l'une des faces est parcourue par de nombreux capillaires sanguins) est utilisé comme système de filtrage naturel lors de cette technique d'épuration extrarénale. Les échanges d'eau ou de substances dissoutes (sodium, potassium, calcium) s'effectuent alors entre le sang contenu dans les capillaires péritonéaux et le dialysat, préparé à l'avance dans une poche en plastique ; celui-ci est introduit dans la cavité péritonéale par un cathéter en silicone implanté chirurgicalement dans la paroi abdominale, qui sert également à son évacuation. L'introduction du dialysat dans la cavité péritonéale et sa vidange sont facilitées par l'utilisation de machines automatique. Une fois infusée, le dialysat est jeté et remplacé par un dialysat frais. (Olmer, M, 2007, P. 9).

- **Principe de la dialyse péritonéale :**

La membrane péritonéale, permet les échanges en dialyse péritonéale : les transferts diffusifs selon les gradients de la de concentration transmembranaire permettent la diffusion des molécules dissoutes ; l'ultrafiltration est réalisée avec des solutions de dialyse péritonéale de forte osmolarité (glucose hypertonique) ou à pression colloïde élevée (polymère de glucose). Ceci permet d'obtenir une soustraction nette de liquide, nécessaire chez les patients auriques. (Moulin, B et Peraldi, M, 2007, P. 215).

## **6.2. Hémodialyse (HD) :**

### **6.2.1. Définition :**

« Hemo » et « dialyse » viennent de mots grecs qui signifient respectivement « sang » et « séparer ». Ainsi, l'hémodialyse (HD) consiste à éliminer les déchets toxiques et la surcharge hydrique de l'organisme, en filtrant le sang. L'HD se pratique en trois lieux : au centre d'auto dialyse, au service d'hémodialyse et à domicile.

L'hémodialyse est une technique d'épuration extra-rénale qui met en contact le sang du malade, par l'intermédiaire d'une membrane semi-perméable, avec une solution de dialyse, circulant à contre-courant. (Boubchir, A, 2004, P. 192).

Selon le dictionnaire médical, c'est une méthode d'épuration du sang au moyen d'un rein artificiel. L'hémodialyse est parfois utilisé dans certains cas d'intoxication grave, mais c'est surtout le traitement majeur de l'insuffisance rénale aigüe et chronique. À moins qu'une greffe de rein puisse être pratiquée, le traitement de l'insuffisance rénale chronique est défini. L'insuffisance rénale aigüe correspond à une défaillance transitoire de quelques jours à plusieurs semaines, du fonctionnement du rein: lorsque celle-ci est importante, elle peut nécessiter une épuration du sang par hémodialyse en attendant que la fonction rénale soit rétablie. (Larousse Médicale, P. 466)

### **6.2.2. Contexte historique d'hémodialyse:**

C'est en 1854 que le chimiste écossais Thomas Graham met en application les travaux relatifs au transfert d'un solvant et de solutés au travers d'une membrane semi-perméable, effectués dès le début du XIXe siècle par le physiologiste français Henri Dutrochet. Le principe de l'hémodialyse est né. Une membrane, même artificielle, laisse passer l'urée, petite molécule déchet du fonctionnement de l'organisme, mais se comporte comme une barrière infranchissable pour les grosses molécules biologiques comme le fait le rein.

1915 : La première hémodialyse tentée sur un humain est réalisée en Allemagne par le docteur George Haas.

1922 : Découverte de l'héparine : elle sera utilisée par injection dans le circuit sanguin comme anticoagulant à partir des années 40.

1937 : Le professeur allemand W Tahlhimer constate que la cellophane, matériau cellulosique, se révèle être une excellente membrane de dialyse.

1943 : On attribue au docteur néerlandais Wilhelm Kolff la réalisation du premier rein artificiel à usage clinique.

Au milieu des années 50, Le Docteur Schribner exploite les récentes découvertes du téflon et du sil astic pour créer un dispositif appelé « shunt de Schribner », permettant désormais un accès vasculaire permanent.

1962 : Ouverture du premier centre de dialyse à Seattle, aux États-Unis.

1965 : James Cimino crée les premières fistules artério veineuses.

1970 : L'électronique intègre les générateurs et en améliore le suivi des paramètres et la sécurité.

1980 : La détection de présence d'air dans le circuit sanguin, le dégazage et la détection de fuite de sang dans le circuit dialysat deviennent systématiques. Le bicarbonate remplace peu à peu l'acétate dans l'élaboration du dialysat.

Aujourd'hui l'évolution des dialyseurs, des circuits extracorporels, des appareils de dialyse associée à des protocoles sophistiqués ont permis de diminuer les réactions secondaires, sur le plan clinique du patient. La maîtrise de la dialyse est maintenant très grande et les accidents techniques sont très rares. ( Afidtn, 2009, PP. 1.8) .

### 6.2.3. Les principes de l'hémodialyse :

L'hémodialyse met à profit deux propriétés physiques des membranes semi-perméables :

**1- Diffusion:** transfert passif de substance dissoute à travers une membrane, sans passage de solvant (eau). C'est le principal mécanisme épurateur dans l'hémodialyse : électrolytes et molécules de petit PM (urée, créatinine...) diffuse à travers la membrane du milieu le plus concentré au milieu le moins concentré.

**2- L'ultrafiltration:** phénomène régi par un gradient de pression qui fait passer un liquide à travers une membrane semi-perméable. . (Boubchir, A, 2004, P. 193).

C'est le transfert des molécules d'eau à travers la membrane sous l'effet d'une pression hydrostatique (dans le cas de l'hémodialyse) ou osmotique (dans le cas de la dialyse péritonéale).



**Figure 3 : Présentation d'un générateur de dialyse.**

#### **6.2.4. Abords vasculaires pour hémodialyse :**

L'abord vasculaire est le talon d'Achille du dialysé. Il influence la qualité du traitement délivré, la qualité de vie du patient et la morbi - mortalité. La complication la plus fréquente des abords vasculaires est la sténose, potentiellement génératrice de thrombose. La détection de ces sténoses est donc un objectif prioritaire pour l'équipe médicale et paramédicale. (www.afidtn.com).

L'abord vasculaire doit être créé à temps pour être fonctionnel lors de la prise en charge en dialyse : sa création doit être envisagée lorsque la clairance de la créatinine est inférieure à 15 mL/min. (Afidtn, 2009, P. 11).

Il peut être créé en insérant un cathéter dans une veine profonde, par exemple au niveau de l'aîne ou du cou, si cela est nécessaire. Parfois, cet accès peut d'abord permanent lorsqu'aucune autre alternative n'est envisageable. (Simon, P, 2007, P. 69).

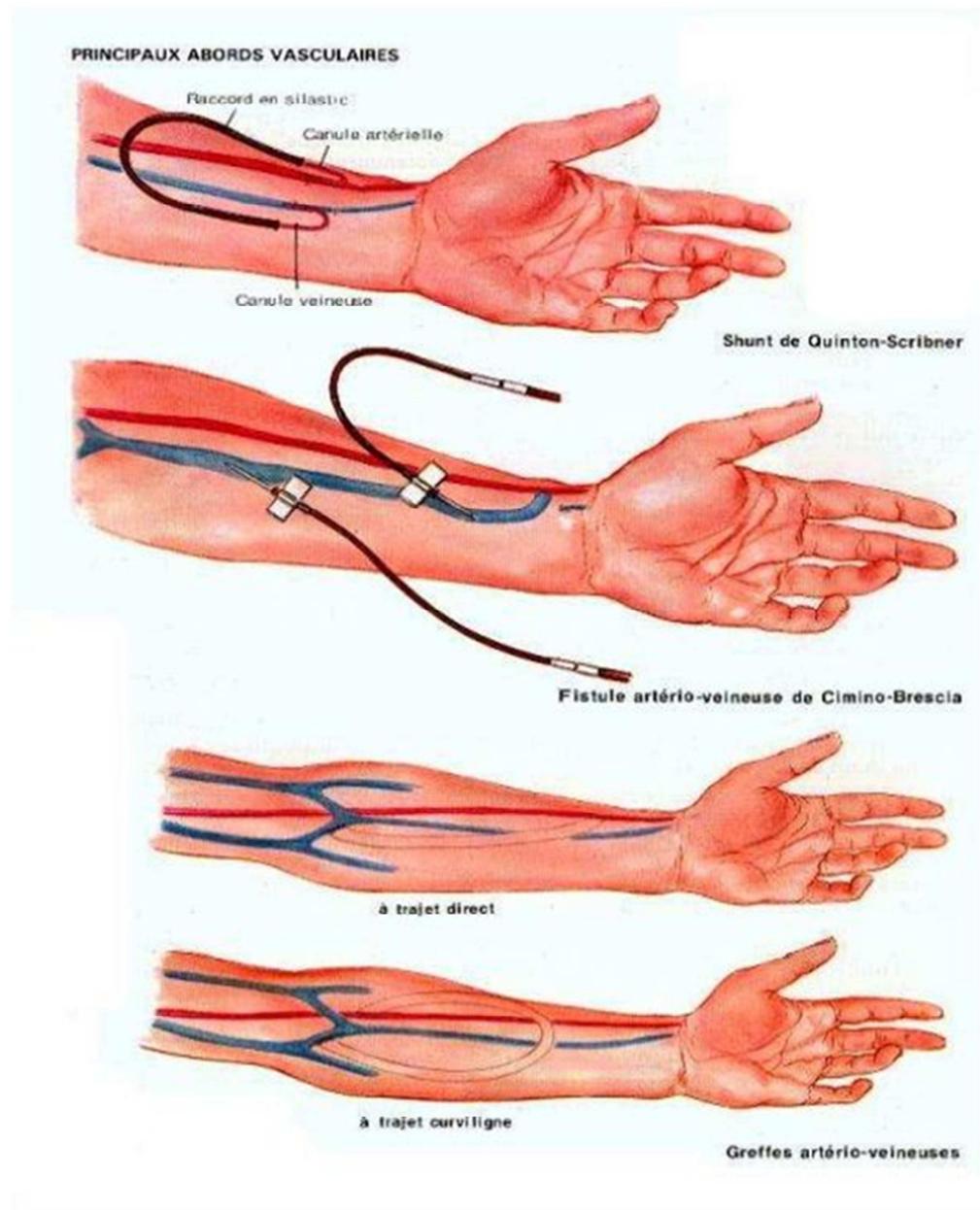
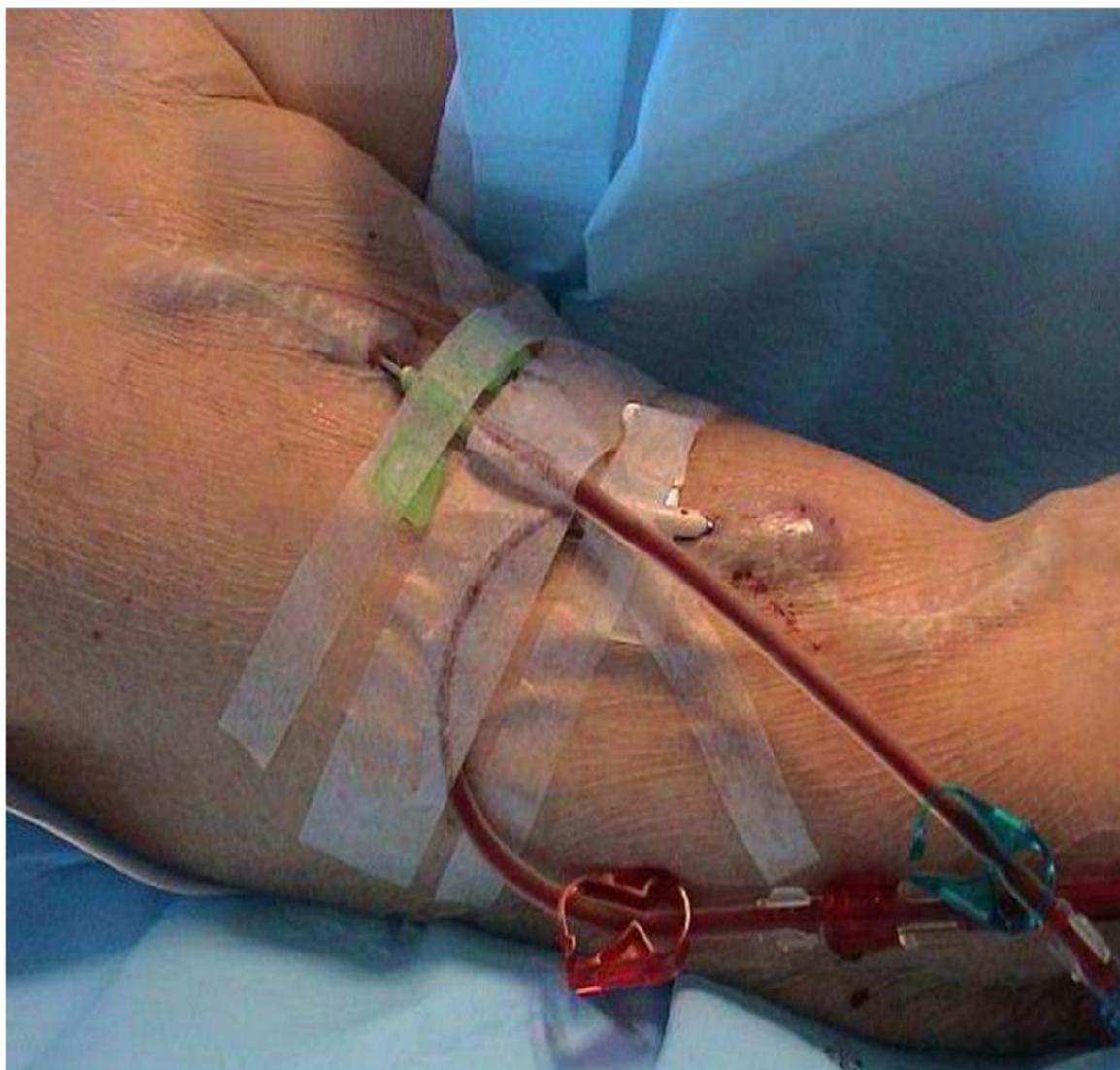


Figure 4 : principaux abords vasculaires.



**Figure 5 : Fistule artério-veineuse de Cimino-Brescia.**

**6.2.5. Incidents au cours d'une séance d'hémodialyse :**

<b><u>Incidents</u></b>	<b><u>Causes</u></b>	<b><u>Traitement</u></b>
<b>Hypotension</b>	-Déplitation en eau ou sel, - Ultrafiltration trop forte, Hypovolémie.	-Installer le patient en position proclive, -Arrêt de l'ultrafiltration, Perfusion salée hypertonique ou macromolécules ou oxygénothérapie.
<b>Fièvre</b>	-Infection bactérienne. -Erreur de T ° de dialysat	- Hémocultures et antibiotique
<b>Crampes</b>	-troubles hydro-électrolytique	-Apport en Na, glucose hypertonique
<b>Trouble de rythme</b>	-Hypovolémie -hyper K - Hyper Ca	Ultrafiltration
<b>Circuit en pression négative</b>	- Problème d'accès vasculaire -Obstacle sur la ligne	

**Tableau 3 : Incidents au cours d'une séance d'hémodialyse. (Boubchir, A, 2004, p, 224).**

## • L'hémodialyse : aspect psychologique :

### Préambule :

L'hémodialyse est l'un des traitements de l'insuffisance rénale, qui pourrait entraîner le patient à un choc psychologique et avoir des réactions imprévisibles comme: la détresse, la panique..., où l'anxiété pourrait se manifester, autrement dit les maladies chroniques ont une immense influence sur le psychisme.

### 1. L'annonce de la maladie :

L'annonce de la maladie est presque toujours vécue comme un traumatisme, souvent brutal, inattendu de la personne concernée. La maladie rénale est souvent silencieuse, elle cause peu de symptômes, et elle est invisible à soi et aux yeux des autres.

Chaque malade réagit différemment à cette maladie chronique, aussi singulièrement, il s'inquiète, s'effondre puis aménageant en fonction de sa vie personnelle et professionnelle.

KUBLER-ROSS, citée par PEDINIELLI (2005, p, 43), décrit les phases psychologiques par lesquelles le malade passe durant la période de sa maladie chronique et avant d'accepter sa maladie, c'est un cycle similaire au cycle du deuil, décrit également par KUBLER-ROSS.

- a) **Phase de refus ou d'isolement:** cette phase doit être respectée, car elle sert « d'amortisseur » à la perception ou à la connaissance de l'aspect fatal ou gravissime de la maladie.
- b) **Phase de colère (irritation) :** elle est liée à la question « pourquoi moi ? », et peut amener à des projections agressives, et pouvant aussi amener à la rupture du lien médecin-malade.
- c) **Phase de marchandage :** il se retrouve avec le soignant, et très souvent avec Dieu.
- d) **Phase de dépression :** elle contient deux aspects ; la dépression réactionnelle due aux pertes (de sa perception à soi et aux autres) et « le chagrin préparatoire » d'acceptation de son destin.
- e) **Phase d'acceptation :** c'est la phase pendant laquelle la personne est vide de sentiment.

- f) **Phase d'espoir** : l'espoir se présente dans toutes les phases de la maladie et demeure jusqu'aux derniers instants.

L'annonce de la maladie, et le passage à la dialyse sont des moments clés qui se déroulent dans une relation humaine où le patient a toujours espéré pouvoir repousser cette échéance.

Dans cette période le patient doit réinventer une manière de vivre, d'une part construire ses propres normes tout en restant ouvert à la relation de soin auquel le malade contracte. D'autre part, surmonter ses propres barrières. La barrière du refus et de l'ignorance de la maladie ; prendre en considération les exigences pratiques, la relation thérapeutique ; dialogue avec les acteurs médicaux et sociaux. (Echos, 2011, P. 10).

## **2. Le bouleversement psychologique :**

La découverte du traitement d'une maladie chronique est souvent vécue comme une «fracture». Le malade peut éprouver des difficultés à ce reconnaître ( il se sent plus fatigué et plus irritable) et à faire le lien entre la personne qu'il a été et celle qu'il est devenu.

Pour certain, on peut parler d'une crise identitaire qui se manifeste au travers des questions telles: « Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? » Au début l'angoisse s'installe lorsque le patient réalise ce que sont les séances de dialyse, la nouveauté de la prise en charge avec les machines qui apparaissent soudainement dans son quotidien, ce qui traduit souvent chez eux des angoisses nocturnes précédant les jours de la dialyse. Petit à petit les personnes hémodialysées apprennent à se familiariser avec ; l'équipe soignante, le fonctionnement du traitement et le déroulement des séances de la dialyse. Au fur et à mesure, ils mettent en place des repères qui leur servent à se sentir en confiance et à acquérir une certaine maîtrise. C'est aussi ce manque de maîtrise qui peut être à l'origine d'un sentiment d'infériorité, d'irritabilité et aussi de la colère.

## **3. Le bouleversement de la dimension temporelle :**

Le traitement par dialyse vient aussi bouleverser la dimension temporelle, la maladie impose un rythme de dialyse régulier est fixe. En hémodialyse trois séances par semaine pour une durée de quatre (4) heures, ajoutant, le temps du déplacement, les examens complémentaires... etc., pour les personnes atteintes, le temps passé en dialyse est considéré comme une perte du temps. La contrainte est sensible et la répétition bloque le désir. Cette nécessité de soins répétitifs fait appel à des troubles psychologiques comme l'anxiété et l'angoisse.

L'organisation de la vie quotidienne est une situation difficile à gérer. Le rythme régulier des dialyses et leurs durées perturbent la vie du patient qui doit planifier son emploi du temps. Il n'y a pas de place pour l'imprévu. (Olmer, M, 2007, P. 59).

#### **4. L'hémodialysées et les relations sociales :**

Le traitement par dialyse retentit sur les différentes sphères de la vie du patient notamment sur sa vie familiale. Certains patients font le choix d'installer une véritable cloison entre ce qu'ils vivent en dialyse et leur vie quotidienne. D'autres ont besoin du soutien de leur entourage et de leur compréhension. Le traitement se répercute aussi sur la vie sociale et familiale. Le temps libre est limité, les loisirs sont modifiés et le cercle des amis se réduit. L'absence du foyer provoquée par le traitement peut entraîner des modifications des rôles au sein de la famille. La dialyse nécessite une organisation durable qui implique toute la famille.

Être malade, et parfois perdre son emploi, peuvent modifier la perception du patient de sa propre identité ou la perception qu'en a son entourage, des redéfinitions de soi et des rapports aux autres. Le soutien psychologique de l'entourage aide le patient à faire face aux contraintes de la maladie et à son traitement.

Le soutien familial est décrit comme un facteur essentiel à l'adaptation à la maladie et à son traitement, c'est grâce à ce soutien que le patient fait le mieux face à la chronicité. (Ledey, D, 2006, PP. 28.29).

#### **5. Diététique et insuffisance rénale chronique:**

La dénutrition protéique et énergétique est fréquente chez les patients en insuffisance rénale chronique (IRC) et contribue de façon significative au taux élevé de morbi-mortalité observé chez ces patients. Le rein est un organe qui participe à l'homéostasie de l'organisme non seulement par ses fonctions excrétrices, mais aussi par ses propriétés importantes de synthèse (Vitamine D, érythropoïétine) et de dégradation.

Un des plus grands indicateurs cliniques d'insuffisance rénale avancée est la baisse de l'appétit. Cette anorexie s'aggrave avec le déclin de la fonction rénale et peut être provoquée par l'accumulation de toxines urémiques. (Boubchir, A, 2004, P.125).

L'adaptation au régime se fait au fur et à mesure de cette maladie : plus le patient avance dans la maladie et moins il respecte le régime prescrit. C'est la connaissance de soi qui modifie le

comportement alimentaire. À force d'essais et d'expériences, les patients finissent par trouver les astuces du régime sans répercussion sur le bilan biologique sanguin. ( Ledey, D et al , 2006, P. 26).

## **6. L'avenir et les maladies chroniques:**

Pour les personnes atteintes de cette maladie chronique, le futur est limité au futur immédiat, ils présentent peu de projets concernant l'avenir.

Les perspectives d'avenir et les projets de vacances sont dorénavant liés aux obligations de la dialyse et doivent être organisés longtemps à l'avance, pour eux le futur s'exprime sous deux formes:

La forme positive: évoquant la possibilité d'un retour au passé plus serein.

La forme négative: évoquant « la répétition, le retour au soi-même», l'absence de la nouveauté ou de l'inconnue. (Patoizeau, F, 2007, P. 18).

## **7. Le soutien psychologique et l'insuffisance rénale chronique:**

L'insuffisance rénale chronique est une maladie dont l'impact est massif sur la vie quotidienne des sujets atteints traités par hémodialyse, aux différentes étapes de la maladie et des soins, l'annonce du diagnostic peut faire l'effet d'un choc, entraîner des réactions différentes comme le déni.

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

Dans ce cadre, le psychologue peut proposer une aide personnalisée, soit auprès de patients hospitalisés (à la demande de l'équipe soignante), soit auprès de patients venant en ambulatoire. La prise en charge psychologique dans ce dernier cas peut être soit ponctuelle, soit révéler le

besoin d'un suivi à plus ou moins long terme. Il peut également s'agir d'un bilan durant une séance, pour orienter le patient vers différents types de «soutien-psy» extérieurs à l'hôpital (psychiatres, autre psychologue, centres médicaux psychologiques...).

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

### **Conclusion :**

La dialyse que ça soit par la dialyse péritonéale ou par l'hémodialyse bouleverse la vie des patients par la fréquence et le temps nécessaire du traitement.

L'adaptation à ce nouveau mode de vie est difficile initialement, ce qui fait appel à plusieurs troubles psychologiques comme l'angoisse, mais la plupart des patients peuvent vivre une vie avec une qualité acceptable et ça pendant de nombreuses années.

*La Partie  
pratique*

*Chapitre III*  
*La méthodologie*  
*de la recherche*

## **Préambule**

**I.**La pré-enquête.

**II.** la démarche de la recherche.

**II.1.**La méthode utilisée.

**III.** Présentation de la population d'étude et les lieux de la recherche.

**III.1** présentation de la population d'étude.

- Les critères de la population d'étude

**III.2.** Présentation des lieux de la recherche.

**III.2.1.** L'établissement Public Hospitalier Rachid Belhocine de Sidi-Aich.

**III.2.2.** L'établissement Public Hospitalier de kherrata.

**IV.** Les outils d'investigation.

**IV.1.**L'entretien clinique.

**IV.2.** Le guide d'entretien.

**IV.3.** Les attitudes du clinicien durant l'entretien.

**IV.4.** L'échelle d'anxiété de Spielberger.

- L'échelle générale de Spielberger.

- L'échelle d'état de Spielberger.

**IV.5.**Le déroulement de la pratique.

**V.** Les difficultés de la recherche.

**Conclusion.**

**Préambule :**

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

Autrement dit, les méthodes et techniques retenues dans une recherche donnée doivent être les plus aptes à rendre compte du sujet étudié et à nous mener vers les buts qu'on a fixés en termes d'aboutissement de notre travail. (Angers, M, 1994, P. 58).

Dans ce chapitre on va présenter la méthode sur laquelle s'est basée notre recherche ainsi que le terrain et la population d'étude, et les outils de recherche qu'on a utilisés.

**I. La pré-enquête :**

C'est l'étape la plus importante dans la préparation d'un mémoire, dont l'objet et de recueillir plus de connaissances et d'informations sur le sujet à étudier. L'étape de la pré-enquête est une étape cruciale. À cette étape, le chercheur tente de s'accoutumer de la façon la plus complète et possible avec son sujet. (Durand, C, 2009, P. 1).

Cette étape nous permet aussi à la fois, d'envelopper notre thème de recherche, et d'être auprès des personnes concernées et même non concernées par le sujet, mais qui peuvent avoir des idées, d'enrichir nos lectures sur le sujet d'étude afin de tracer un portrait du contexte dans lequel s'insérera l'étude, pour mieux cibler le projet, et de faciliter l'émergence des questions qui n'avaient pas été évoquées et orienter la formulation des hypothèses.

Durant cette pré-enquête, on a essayé de nous renseigner sur les établissements qui traitent les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique par hémodialyse.

On a trouvé plusieurs établissements comme celui de Franz Fanon, Kherrata et celui de Sidi Aich, on a opté pour les deux derniers qui sont adéquats à notre situation, on y est allé les rendre visite pour savoir si on trouve la population de notre étude.

Durant cette visite on s'est présenté autant qu'étudiantes en Master II à l'université d'Abderrahmane Mira de Béjaia en vue d'obtention d'un mémoire de fin de cycle.

Au début, après avoir l'accord du chef de service de l'établissement on s'est informé sur leur état psychique, après on a pu se côtoyer avec eux et on s'est présenté autant des

psychologues stagiaires, ensuite on leur à donner une idée sur notre thème de recherche, après avoir le consentement de quelques sujets.

Après la consultation et la documentation de quelques dossiers médicale afin de se renseigner sur nos sujets de recherche et avoir l'accord de notre population, on a pu valider notre thème, puis on a commencé notre recherche sur le terrain.

## **II. la démarche de la recherche :**

### **II.1. La méthode utilisée :**

Dans notre recherche, la méthode utilisée est déterminée par les exigences méthodologique liée à la nature clinique de notre thème et ces objectifs, ce qui signifie que le choix de méthode n'était pas un hasard c'est-à dire notre thème convient à la méthode clinique.

- **La méthode clinique (descriptive):**

Comme notre présente étude vise à décrire l'angoisse chez les personnes hémodialysées, la méthode utilisée et la méthode descriptive. L'expression de « méthode clinique en psychologie » a été utilisée pour la première fois en 1896 par Witmer L. (Reuchlin, M, 2002, P. 100).

Le terme de clinique provient de la tradition médicale, mais la psychologie clinique en se différenciant du champ médical en utilisant une méthode spécifique.

Par « méthode clinique» on entend l'ensemble des techniques utilisées ; dans le cadre de la pratique, des cliniciens aussi en trouvent que la « démarche » est centrée sur l'individu, la singularité.

Le mot « clinique » provient du grec (Clinicus), lit ; au pied du malade. Aussi, la démarche clinique est le recueil de signes qui permettent de définir, de comprendre la situation du sujet, de sa souffrance, de son symptôme et de pouvoir en proposer un diagnostic, une évaluation, un type de prise en charge thérapeutique adaptée aux capacités (psychique, physique) du sujet.

Anzieu D 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 l'origine des actes, des conflits, ainsi que des modes de résolution des conflits.

Selon Lagache D en 1949, la méthode clinique se spécifie par une attitude méthodologique, elle a pour objectif d'« envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarchent qui tendent à résoudre ses conflits ». (Reuchlin, M, 2002, P. 106).

La méthode descriptive est donc l'une des méthodes de recherche scientifique et qualitative, qui est un ensemble des procédures pour qualifier un phénomène. Elles sont utilisées pour assembler et analyser les données. En psychologie, la méthode descriptive a pour objectif de décrire systématiquement un certain ordre de phénomènes, d'établir des regroupements de données et des classifications, elle vise à décrire le comportement d'un individu.

En tant que méthode scientifique, la description doit déboucher sur une explication, pour cela elle procède de deux niveaux différents, mais complémentaires : l'exploration et l'étude de cas qui se distingue essentiellement par son caractère approfondi. Elle est la référence de la méthodologie clinique et des cliniciens, qui tentent d'étudier et décrire le plus exactement possible le problème du sujet. (Martel, F, 1988, P. 57).

### **III. Présentation de la population d'étude et les lieux de la recherche:**

#### **III.1. Présentation de la population d'étude :**

Pour répondre aux objectifs de cette étude, nous avons opté pour des personnes hémodialysées aux établissements de Sidi Aich et celui de Kherrata, notre population porte sur dix (10) cas différents, (05) du sexe féminin et (05) autre du sexe masculin, L'âge moyen des patients au moment de l'évaluation est varié entre (19 à 67) ans, ayant tous une insuffisance rénale chronique terminale.

Notre population a été choisie selon quelques critères que nous allons citer, après avoir obtenu leurs consentements.

- **Les critères de la population d'étude :**

Dans cette recherche le choix de notre population était sans prendre en considération le niveau d'instruction et la situation sociale parce qu'il est dissemblable entre les cas, car cette maladie peut toucher tout le monde.

- Tous les sujets sont atteints d'une insuffisance rénale chronique traitée par l'hémodialyse.
- Les sujets sont alités entrain de suivre leur traitement.
- Etant prêt à s'exprimer.

<b>Sujet</b>	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>	<b>Situation professionnelle</b>	<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Le début de la maladie</b>	<b>Service d'hémodialyse</b>
<b>D. L</b>	33 ans	Masculin	Ne travaille pas	Célibataire	4 ans	Sidi-Aich
<b>S. A</b>	43 ans	Féminin	Ne travaille pas	Célibataire	18 ans	Sidi-Aich
<b>A. N</b>	33 ans	Féminin	Psychologue scolaire	Célibataire	2 ans	Sidi-Aich
<b>O. L</b>	29 ans	Masculin	Ne travaille pas	Célibataire	4 mois	Sidi-Aich
<b>H. R</b>	30 ans	Masculin	Ne travaille pas	Célibataire	6 mois	Sidi-Aich
<b>A. B</b>	19 ans	Féminin	Ne travaille pas	Célibataire	4 ans	Kherrata
<b>M. A</b>	67ans	Masculin	Retraité	Marié	2 ans	Kherrata
<b>T. S</b>	43 ans	Masculin	Ne travaille pas	Marié	1 an	Kherrata
<b>R. H</b>	60 ans	Féminin	Ne travaille pas	Marié	3 ans	Kherrata
<b>B. S</b>	26 ans	Féminin	Ne travaille pas	Célibataire	3 mois	Kherrata

**Tableau n°4: Tableau récapitulatif des caractéristiques de choix de la population d'étude.**

## **III.2. Présentation des lieux de la recherche :**

Nous avons effectué notre stage pratique au sein de deux services d'hémodialyse, l'un d'eux à Sidi-Aiche et l'autre à Kherrata :

### **III.2.1.L'établissement Public Hospitalier Rachid Belhocine de Sidi-Aich:**

#### **Historique**

L'établissement public hospitalier de Sidi-Aich « Rachid Belhocine » a été inauguré le 01 mars 1986 par le décret N° 86-68 relatif à la santé avec le déplacement des ressources humaines et matérielles de l'ancien hôpital de Sidi-Aich construit en 1965.

Le décret exécutif N° 07-140 du 19 mai 2007, portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et établissement public de santé de proximité, le secteur sanitaire de Sidi-Aich devient un Établissement Public Hospitalier et le pôle stratégique de la commune, vu qu'il emploie 396 fonctionnaires. Il est de capacité de 283 lits répartie en plusieurs services.

#### **Situation géographique :**

L'établissement public hospitalier de Sidi-Aich situait à Vouzarman ; une région semi-urbaine sur une route menant à Tifra, à 3 km de la route nationale et à 45 km de la Willaya de Bejaia. Il est délimité au nord par la commune d'Efeniai, au sud par la commune de Tinbedar, à l'est par la daïra d'El kseur, à l'ouest par la daïra d'Ifri-ouzellagen.

#### **Mission de L'EPH :**

L'établissement public hospitalier a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisé les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre, il a notamment pour tâche:

- ✓ D'assurer l'organisation, la programmation, la distribution des soins curatifs, de diagnostic, la réadaptation médicale et d'hospitalisation ;
- ✓ D'appliquer les programmes nationaux de santé ;
- ✓ D'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ;
- ✓ D'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

L'EPH peut servir de terrain de formation, médicale et paramédicale et en gestion hospitalière sur la base des conventions signée avec les établissements de formation.

**Les services d'hospitalisation :**

Il est composé de plusieurs services :

- ✓ Service de pédiatrie ;
- ✓ Service de gynéco-maternité ;
- ✓ Service de médecine ;
- ✓ Service de chirurgie ;
- ✓ Service d'orthopédie ;
- ✓ Service d'ophtalmologie ;
- ✓ Service d'O.R.L (Oto Rhino Laryngologie).
- ✓ Service d'hémodialyse.

Dans cette recherche en s'intéresse au service d'hémodialyse, donc, le service est érigé à proximité de la polyclinique de la ville de Sidi-Aich. Il a été inauguré dans la matinée de jeudi 23 octobre 2011 par le premier responsable de la wilaya, Hamou-Ahmed Touhami, à l'occasion de sa visite dans la région.

Le service est équipé de dix générateurs d'hémodialyse achetés par la direction de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, mais en trouve que juste huit qui sont programmé, l'un est réservé pour les cas d'urgence et l'autre en cas de panne.

Au démarrage de l'activité, les malades insuffisants rénaux seront encadrés par une équipe composée de trois médecins généralistes et de six agents paramédicaux. Dans un premier temps, le service prend uniquement une seule branche la matiné de 9 h à 11 h avec un nombre de 16 malade par jour, tandis que des gardes seront assurées les week-ends et les jours fériés.

Après 3 mois du travail et de réussite, le service travail avec 2 branchements de 8 h à 12 h , et de 13 h à 16 h , et le nombre de malades est devenu 32 malades.

### III.2.2 L'établissement Public Hospitalier de kherrata :

#### Historique

L'établissement public hospitalier de Kherrata Député le 03 Mai 2008, c'est un établissement à une clientèle multi régionale dont les régions de certaines communes comme (Kherrata, Ait smail, Borj mira, darguina, Souk El Tenine).

Le secteur sanitaire de Kherrata devient un Établissement Public Hospitalier et le pôle stratégique de la commune. Il est de capacité de 102 lits répartie en plusieurs services.

#### Situation géographique:

L'EPH de Kherrata est situé au sud-est de de la wilaya s'étend sur trois daïra: (Kherrata, Darguina, et Souk El Tenine), couvre une population d'enverrons 136000 Habitants, occupe une superficie d'enverrons 485Km<sup>2</sup>.

#### Les structures sanitaires hospitalières:

- ✓ Médecine générale
- ✓ Chirurgie générale
- ✓ Maternité
- ✓ Pédiatrie
- ✓ Hémodialyse

Cet hôpital se compose de plusieurs services, mais nous on s'est intéressé au service d'hémodialyse qui accueille des malades atteints d'insuffisance rénal chronique. Le service se présente d'un médecin-chef, chef de service, secrétaire, technicien de machine, médecin de garde, des infirmiers et d'un psychologue.

Les deux premiers mois, ils travaillaient juste la matinée de 8 h à 12 h avec 5 à 6 patients, après les deux mois jusqu'à 11 patients et toute la journée, un groupe de patients de 8 h à 12 h et un autre de 13 h à 17 h.

Le service travaille avec 9 patients pour la matinée et 9 autres pour l'après-midi. On cas d'urgence ils ont un générateur réservé et un autre en cas de panne, et le nombre des malades est de 36 malades.

## **IV. Les outils d'investigation :**

### **IV.1.L'entretien clinique :**

Selon Grawitz M, l'entretien est un « procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbal pour recueillir des informations en relation avec le but fixé. Il existe divers types d'entretien. On peut les classer suivant le degré de liberté laissé aux interlocuteurs et le niveau de profondeur visé ». (Grawitz, M, 2000, P. 153).

Autrement dit ; un entretien est « un rapport oral, en tête à tête, entre deux personnes dont l'une transmet à l'autre des informations sur un sujet prédéterminé ». C'est une discussion orientée, un « procédé d'investigation utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations en relation avec des objectifs fixés ». (Aktouf, O, 1987, P. 87).

L'entretien est un dispositif de base en psychologie clinique. C'est la partie clinique qui consiste en une conversation avec le sujet ou des membres de son milieu de vie, il sera mené en fonction du but que l'on poursuit, du cadre qui définit les conditions de la rencontre avec le patient, et en réponse à une demande qui peut être exprimée par un sujet ou un groupe de sujet en souffrance. Il est à la fois un outil de diagnostic, un outil de thérapie et un outil de soutien, en permettant de préciser les antécédents et l'évolution de la situation ou de la maladie, qui a conduit à l'examen.

Il existe trois formes d'entretiens selon l'objectif recherché : entretien directif, entretien non directif et entretien semi-directif.

Dans le cadre de notre recherche, et vu la qualité des informations recherchées, nous avons opté pour l'entretien semi-directif pour donner un peu de liberté aux sujets interrogés.

L'entretien semi-directif est une technique directe d'investigation scientifique, fréquemment utilisée auprès d'individus pris isolément, mais aussi dans certains cas, auprès de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations. (Angers, M, 1997, P. 144).

L'entretien semi-directif est le plus courant, car il permet au patient de s'exprimer librement et dérouler son récit sur le sujet proposé, en produisant un discours aussi riche que possible à propos de thème évoqué. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/>).

L'entretien semi-directif laisse une certaine liberté dans la façon de poser les questions, mais avec un objectif à remplir qui correspond à un canevas initial.

Le chercheur se sert d'un guide d'entretien, pré structuré, il a donc en tête, en arrivant face à son interlocuteur, les notions importantes qui l'ont conduit à faire cet entretien. (Mareau, C, et Al, 2006, P. 48).

#### **IV.2. Le guide d'entretien :**

L'entretien clinique est toujours associé d'un guide d'entretien plus au moins structuré : il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien prépare quelques questions à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, ses questions ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à abordée. Le clinicien veille à ce que la formulation de la consigne ne soit pas inductive. (Chahraoui, Kh, et Benony , H, 1999, P. 68.69).

Ce guide nous a permis d'obtenir de différentes informations sur le sujet, soit personnel ou sur sa maladie, et de compléter l'échelle d'anxiété générale de Spielberger.

**Axe 1 :** Information personnelle sur le sujet.

**Axe 2:** Information sur la maladie (L'insuffisance rénale chronique) et son traitement (Hémodialyse).

**Axe 3 :** Information sur l'angoisse.

**Axe 4 :** Information familiale et sociale.

#### **IV.3. Les attitudes du clinicien durant l'entretien:**

L'entretien clinique est une situation d'échange entre un sujet actif, qui organise son propre mode de communication, et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande, le psychologue se plaçant surtout dans une position d'écoute du sujet qui vient en général exposer une souffrance, un conflit, une interrogation.

Ce genre d'entretien permet au patient une certaine liberté d'expression. Une fois la consigne est donnée, le psychologue doit être attentif face au sujet. Il évite de parler et surtout de l'interroger au cours de ces associations. Il l'encourage de lui dire oui, par des mimiques, des gestes, signifiants son ouverture. Il doit en effet se laisser mener pendant un temps au rythme de l'autre adopté un module selon les contenus de son discours. Une attitude systématiquement mettre de l'investigateur peut être aussi nuisible qu'une activité d'intervention pour certains et même pour évoquer le sentiment d'abandon chez l'autre, par contre les interventions répétées de la part du clinicien peuvent être vécues comme intrusion, c'est pour ça que le patient doit trouver une attitude qui lui convient. (Marty, P, 1990, P.72).

Selon Chiland C, « signale que le clinicien se tait pour laisser l'autre et parle pour lui faciliter la parole ». (Chiland, C, 1983, P. 23).

Pour Debray, R, le clinicien doit accompagner les associations s'ils existent et les stimulés si c'est possible et d'essayé de revitaliser la relation si le contexte d'association est absent ou fragile (Debray, R, 1996, P. 40).

#### **IV.4. L'échelle d'anxiété de Spielberger :**

##### **❖ L'échelle générale de Spielberger :**

Cette échelle contient 20 questions, il évolue l'anxiété dans la vie générale, et se réfère à l'anxiété trait. C'est une disposition stable de la personnalité.

##### **A. Instruction (ou la consigne de l'échelle):**

Ci-après figurent un certain nombre de déclarations que les gens utilisent pour se décrire. « Lisez chaque des énoncés et cochez dans la case appropriée de droite ce qui convient le mieux à la façon dont vous vous sentez en général ».

« Il n'existe ni bonne ni mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur chacun des points, mais donnez la réponse qui semble décrire le mieux ce que vous ressentez généralement ».

##### **B. Cotation :**

Pour pouvoir évoluer votre niveau d'anxiété il vous suffit de :

➤ Compter **1** point pour la réponse « **Presque jamais** », **2** points pour la réponse «**Parfois**», **3** points pour la réponse « **Souvent** » et **4** points pour la réponse « **Presque toujours**» et cela, pour les questions : **2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 18, 20**.

➤ Pour les questions : **1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16, 19** : la cotation est inversée c'est-à-dire qu'il faut compter **4** points pour «**Presque jamais**», **3** points pour «**Parfois** », **2** points pour «**Souvent**» et **1** point pour «**Presque toujours**». Puis faite le totale de vos points :

- ❖ chez les femmes la moyen est de **47, 13**.
- ❖ Chez les hommes la moyen est de **39, 27**.

Si vous été au-dessus de cette moyenne, vous avez une personnalité anxieuse. Au plus, votre score est élevé au plus vous présentez une anxiété importante.

- Chez les femmes, si vous dépassez le score de **61**, vous êtes très anxieuse et ceci interfère sur votre qualité de vie.
- Chez les hommes, si vous dépassez le score de **51**, vous êtes très anxieux et ceci interfère sur votre qualité de vie.

<u>Degrés de l'anxiété</u>	<u>Niveau d'anxiété</u>
(20≥)	Pas d'anxiété
(20 à 40)	Anxiété naturelle
(40 à 60)	Anxiété moyenne
(60 à 80)	Anxiété sévère

**Tableau n°5 : indiquant le critère de mesuré l'anxiété générale de Spielberger.**

### ❖ Échelle d'anxiété d'état de Spielberger :

L'Échelle d'Anxiété d'état contient **20** questions, il évolue les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent au moment de la situation anxiogène ou de la situation de compétition.

Cette échelle est donc un indicateur des modifications transitoires de l'anxiété provoquée par des situations aversives ou thérapeutiques, la compétition peut être une situation génératrice d'anxiété.

Cette échelle mesure donc l'anxiété éprouvée par le sujet pour une situation de compétition.

#### **A. Instruction (ou consigne de l'échelle):**

« Imaginons la situation suivante : dans quelques instants, vous allez participer à une compétition dont le résultat est particulièrement important pour vous et la suite de votre carrière sportive ».

« Ci-après figurent un certain nombre de déclarations que les gens utilisent souvent pour se décrire. Lisez chacun des énoncés et cochez dans la case appropriée de droite ce qui convient le mieux à la façon dont vous vous sentez maintenant avant cette compétition ; il n'existe ni bonnes ni mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur chacun des points, mais donnez la réponse qui semble décrire le mieux ce que vous ressentez dans cette situation. Répondez à toutes les questions et ne cochez qu'une case pour chacune d'entre elles ».

#### **B. Cotation :**

Pour se faire, il vous suffit de :

➤ Compter **1** point pour la réponse « **Pas de tout** », **2** points pour la réponse « **Un peu** », **3** points pour la réponse « **Modérément** » et **4** points pour la réponse « **Beaucoup** ». Pour les questions **3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18**.

➤ Comptez **4** points pour la réponse Pas de tout, **3** points pour la réponse un peu, **2** points pour la réponse modérément et **1** point pour la réponse beaucoup. Pour les questions **1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20**. Puis faites le total de vos points.

- ❖ Chez les femmes, la moyenne est de **42** points.
- ❖ Chez les hommes, la moyenne est de **37** points.

Si vous êtes au-dessus de cette moyenne, la situation de compétition génère une anxiété importante. Au plus votre score est élevé au plus cette situation de compétition est vécue de façon anxiogène. (<http://www.IRBMS.com>).

<u>Degrés de l'anxiété</u>	<u>Niveau d'anxiété</u>
(20≥)	Pas d'anxiété
(20 à 40)	Anxiété naturelle
(40 à 60)	Anxiété moyenne
(60 à 80)	Anxiété sévère

**Tableau n°6 : indiquant le critère de mesuré l'anxiété d'état de Spielberger.**

#### **IV.5.Le déroulement générale de la pratique :**

Notre recherche sur le terrain s'est effectuée dans différents établissements ; le service d'hémodialyse de Sidi-Aich et le service de Kherrata au cours d'une durée de trois mois, le premier mois a été consacré à observer et s'informer d'avantage sur l'état de ses sujets et de s'approcher aussi d'eux pour avoir leur confiance et leur consentement pour accéder à l'entretien clinique.

Après avoir eu le consentement de la population concernée, le recueil des données est passé par les étapes suivantes :

##### **La passation du guide d'entretien :**

Au cours de l'entretien, les sujets étaient alités, répondent aux questions qui concernent leurs relations avec la famille, amis, leur situation actuelle, mais vis-à-vis de la maladie chronique, le traitement par hémodialyse et ses effets secondaires sur le côté psychique.

Durant cet entretien, la plus part des sujets ne comprennent pas la langue française, même si que le niveau d'instruction est de moyen ou du secondaire, et cela a rendu l'application du guide d'entretien un peu difficile ce qui nous a obligés à tout traduire en langue maternelle.

La durée de l'entretien est de 35 à 45 minutes.

### **L'administration de l'échelle d'Anxiété de Spielberger :**

Vu le niveau d'instruction de certains sujets, on était obligé d'expliquer l'application et la passation de l'échelle de Spielberger pour ces sujets en leur langue maternelle pour ne pas avoir de problèmes du choix de réponse.

La passation de l'échelle n'était pas individuelle, mais le sujet allongé sur un lit dans la salle qui contient 08 personnes et cela est durant la séance d'hémodialyse.

### **V. Les difficultés de la recherche :**

Selon Quivy R « chaque recherche est un processus de découverte qui se déroule dans un contexte particulier au cours duquel le chercheur est confronté à des contraintes » (Quivy, R, 2006, P .27).

Les obstacles rencontrés lors de la préparation de ce travail sont:

- Manque de documentation spécialisée, d'ouvrage traitant le sujet atteint d'IRC.
- Le manque d'études antérieures.
- Difficultés de trouver des outils de recherches adéquats (testes et /ou échelles) concernant notre thème de recherche.
- Difficultés de faire l'entretien dans des bonnes conditions à cause des effets du traitement de l'hémodialyse, ajoute à cela, les entretiens se sont déroulés durant la séance d'hémodialyse, car c'est le seul moment possible mis à notre disposition, à ce moment en remarque la fatigue des patients durant le traitement de la dialyse, en plus les sujets se sont installé l'un près de l'autre, ce qui les met en difficulté pour s'exprimer, sans oublier l'intervention des infirmiers à chaque fois pour régler le générateur.
  - Difficultés de garder la population choisie à cause du manque de la confiance.
  - Difficultés des sujets à se concentrer, cela est dû au fait qu'ils se trouvent tous dans la même salle lors de leur entretien.

- Difficulté des patients à comprendre la langue française, ce qui nous a obligés de leur traduire les questions de l'échelle, ainsi qu'à se communiquer avec la langue maternelle.
- Absence du psychologue au service d'hémodialyse de Sidi-Aiche pour nous orienter.

Malgré tous ses obstacles, il ne faut pas oublier les points positifs de cette recherche, on cite :

Ce travail nous a permis également de voir le milieu professionnel, de connaître le terrain, et surtout, d'avoir des liens avec ses sujets et aussi de partager leur souffrance.

### **Conclusion :**

La méthodologie est une étape très importante dans la réalisation d'un travail scientifique, dans cette recherche en s'est basé sur la méthode clinique, notre population est constituée de dix cas étudiés au niveau du service d'hémodialyse de Sidi-Aich et le service de Kherrata.

La population ciblée est celle des personnes hémodialysées éprouvant de l'angoisse, en ce qui concerne la collecte des données on a utilisé l'entretien clinique, l'entretien semi-directif et l'échelle d'Anxiété générale et d'état de Spielberger afin d'y arriver aux objectifs de cette recherche.

*Chapitre IV*  
*Présentation,*  
*analyse et*  
*discussion des*  
*hypothèses*

## **Préambule**

**I.** Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique et de l'échelle d'anxiété de « Spielberger ».

**I.1.** Sujet 1.

**I.2.** Sujet 2.

**I.3.** Sujet 3.

**I.4.** Sujet 4.

**I.5.** Sujet 5.

**I.6.** Sujet 6.

**I.7.** Sujet 7.

**I.8.** Sujet 8.

**I.9.** Sujet 9.

**I.10.** Sujet 10.

- Analyse générale de l'entretien de l'ensemble des sujets.
- Discussion des résultats.

**II.** Discussion des hypothèses.

**Préambule :**

Après avoir exposé nos outils de recherche et la population concernée, on va essayer dans ce qui suit de présenter nos sujets de recherche, les résultats obtenus durant l'entretien clinique ainsi que les résultats de l'échelle d'anxiété de « Spielberger » et tout cela dans le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises au début de notre recherche.

**I. Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique et de l'échelle d'anxiété de « Spielberger » :****I.1. Présentation et anamnèse du premier sujet « D.L » :****I.1.1- Informations personnelles du sujet :**

(D.L), un jeune homme âgé de 30 ans de Sidi Iyad, célibataire, vivait avec sa famille.

Notre sujet à un niveau d'étude de troisième (3) année moyenne et actuellement il n'occupe aucun emploi. Son aspect physique ne montre point qu'il souffre d'une insuffisance rénale chronique depuis quatre (4) ans; il est d'une grande taille, toujours bien habillé, et toujours souriant et il aime s'amuser avec l'ensemble de l'équipe soignante, c'est ainsi ce qui le laisse adoré chez eux.

M<sup>f</sup> (D.L) occupe la troisième place parmi ces frères et sœurs, mais il est considéré comme le seul membre malade dans sa famille, et vu qu'il s'entend très bien avec eux; ces derniers ne s'empêchent guère de le satisfaire et de lui venir en aide dès qu'il en a besoin.

**I.1.2- Présentation et analyse de l'entretien:**

Alors la maladie de notre sujet a débuté en 2010, après avoir eu des manifestations et des symptômes graves et douloureux; des difficultés respiratoires, perte d'appétit, insomnie, fatigue continue, tension artérielle, enflure des pieds, ainsi que la pâleur de sa peau qui reste momentanée...etc. Ces différents signes ont laissé le sujet croire qu'il est atteint une anémie, c'est ainsi qu'il décide de consulter un médecin qu'il l'a orienté directement voir un néphrologue.

Suite aux analyses sanguines et urinaires qu'il a subit, les néphrologues ont diagnostiqué chez lui une insuffisance rénale chronique (IRC).

M<sup>f</sup> (D.L) n'a jamais entendu parler de cette maladie, c'était donc quelque chose de tout nouveau et surprenant à la fois, c'est pour cela qu'il a eu une réaction normale; sans peur ni

aucune inquiétude. Les néphrologues lui ont bien expliqué en quoi consiste cette maladie ainsi que son traitement. **« On m’a dit que mes reins ne fonctionnaient plus, et que je devrai être mis sous dialyse. Alors, ils m’ont envoyé comme un cas d’urgence au service d’hémodialyse. C’était à ce moment-là que j’ai commencé à avoir peur, et rien que l’idée de subir une dialyse m’angoissait »**. Disait-il.

M<sup>r</sup> (D.L) a refusé de se rendre à l’hôpital et de suivre certains traitements. Il a décidé alors de rentrer chez lui, comme s’il n’avait rien de grave, une preuve qu’il ne se rendait toujours pas de la gravure de sa situation. En revanche, les manifestations de cette maladie l’ont obligé de se rendre dans un établissement hospitalier, précisément au service spécialisé dans l’hémodialyse pour se renseigner sur ce traitement.

M<sup>r</sup> (D.L) a été convaincu que c’était le seul et l’unique traitement qu’il avait devant lui, c’est ainsi qu’il décide d’agir à ce traitement. Après sa première séance de dialyse, il nous racontait: **« à mon réveil j’avais très mal partout, j’étais pris de vertiges et je n’arrêtais pas de vomir »**. Cela l’a tellement effrayé au point qu’il décide de ne plus suivre ce traitement, mais en regardant la souffrance qu’endure sa famille en le voyant dans un état pareil, il décide alors de le reprendre, **« tu vois, c’est plus fort que moi »**, disait-il.

Notre sujet a essayé de nous décrire sa vie avant son atteinte de cette maladie: **« On me disait toujours que je suis quelqu’un de dynamique vu que je n’arrêtais pas de bouger; j’étais toujours quelqu’un qui aime la vie et autant de voyager, alors là dans mon cas; je suis obligé de suivre un traitement de dialyse pour le restant de ma vie, trois séances pour une durée de quatre heures par semaine »**... [Après un moment de silence ]... tu te rends compte!! **« Je suis devenu dépendant d’une machine, cela me panique et me crée des sensations d’angoisse, j’ai tellement peur de faire face à cette situation, je pense qu’il ne me reste plus rien et que ma vie se termine là...! »**.

**«J’étais en train de préparer mon permis de conduire des poids lourds, catégorie « E », afin de pouvoir travailler avec, mais j’ai fini par tout abandonné, car mon état de santé ne me permet pas de le réaliser ainsi que beaucoup d’autres choses...»**.

Pour ce qui concerne le régime alimentaire, le sujet a rencontré beaucoup de difficultés à le suivre au début, mais avec le temps il a fini par réussir à s’y adapter, contrairement à ses médicaments.

Le fait que M<sup>f</sup> (D.L) est condamné par cette maladie chronique pour le reste de ses jours l'angoisse le perturbe, voyant qu'il ne trouve aucune raison pour vivre. **« Tout cela me perturbe, je suis plus comme les autres, je ne peux ni travailler, ni se marier, personne n'accepte d'être avec moi, et je ne peux surtout pas avoir une vie dont n'importe quelle personne rêve d'y avoir en fondant une famille. Tout le monde regarde rien que le mauvais côté en moi; je suis malade...! ».**

À partir du résumé d'entretien ci-dessus, nous avons remarqué (observé) que le sujet (D.L) présente une anxiété moyenne, c'est ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante.

#### I.1.4- Présentation et discussion des résultats de l'Échelle de « Spielberger »:

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
D.L	Masculin	33 ans	59	55

#### Tableau n° 7: Résultat de l'échelle de « Spielberger » pour le Sujet 1:

Après la passation de l'échelle de Spielberger, monsieur (D.L) a obtenu un score de 59 points pour le total d'anxiété générale, et un score de 55 points pour le total d'anxiété d'état. Ces résultats nous montrent que notre sujet d'étude éprouve une anxiété générale moyenne et une anxiété d'état moyenne.

#### Conclusion générale du cas (échelle & entretien):

La maladie dont M<sup>f</sup> (D.L) est atteint l'empêche de mener une vie ordinaire comme n'importe qu'elle personne d'autre, c'est ce qu'on a remarqué durant l'entretien effectué, et cela a été aussi confirmé par les résultats obtenus de l'échelle d'anxiété de Spielberger.

On faisant référence à cette dernière, on peut dire que le sujet souffre d'une anxiété moyenne liée aux complications de l'état physique et social provoquées par l'IRC.

Notre sujet voit que sa maladie est devenue un obstacle qui le prive de sa liberté ainsi que de ses activités habituelles, bien que son angoisse rende ses ambitions et son bonheur très limité. Mais malgré tout cela, notre sujet ne s'est jamais cédé au côté indésirable de sa maladie.

## I.2. Présentation et anamnèse du deuxième sujet « S.A »:

### I.2.1- Informations personnelles du sujet :

(S.A) une jeune femme âgée de 43 ans d'Akfadou. Elle est issue d'une famille aisée.

Notre sujet à un niveau d'étude de troisième (3) année secondaire. Son aspect physique ne montre pas le reflet d'une femme malade atteinte d'une insuffisance rénale chronique depuis 18 ans, comme elle fait toujours attention à son apparence.

Sa famille est composée de sa mère et de ses sept frères et sœurs dont elle occupe la deuxième place après son grand frère, mais elle est la seule qui vit actuellement avec sa mère vue qu'elle ne s'est pas mariée et que ses autres frères ont tous leurs propres maisons.

M<sup>lle</sup> (S.A) est considérée le seul membre malade atteint d'insuffisance rénale chronique dans sa famille, bien que sa mère souffre d'une hypertension artérielle.

### I.2.2- Présentation et analyse de l'entretien:

Durant l'année 1997, M<sup>lle</sup> (S.A) a eu des manifestations de malaise et des complications au niveau de sa santé; une fatigue continue, une tension artérielle, une enflure des pieds ainsi qu'une pâleur de sa peau qui s'accroît de plus en plus... etc. Sa tante du côté maternelle lui a prédit que d'après ces manifestations, elle a des problèmes au niveau de ses reins. M<sup>lle</sup> (S.A) affirme qu'elle éprouve ces symptômes depuis longtemps.

M<sup>lle</sup> (S.A) accompagnée de sa tante, s'est présentée en consultation chez un médecin généraliste à l'hôpital de Constantine. Après plusieurs examens cliniques, le médecin a diagnostiqué chez elle une insuffisance rénale chronique, à l'annonce du diagnostic: « **j'étais bouleversée et choquée, je n'ai pas arrêté de crier et de pleurer** », nous racontait-elle.

Elle a été hospitalisée durant une période de trois mois à l'hôpital de Constantine, « **cette durée m'a empêché de suivre mes études et mes activités** ». M<sup>lle</sup> (S.A) a affirmé que son échoue à l'examen de baccalauréat est dû à cette maladie ainsi que son traitement.

Après sa première séance de dialyse, M<sup>lle</sup> S.A a éprouvé des sensations de peur et d'angoisse face à ce traitement, « **j'avais très peur... ce traitement me suivra toute ma vie, je ne peux même pas rêver de mon avenir, je suis attachée à cette machine, ce qui veut dire que mes reins ne fonctionnaient plus** ».

M<sup>lle</sup> (S.A) a abandonné ses études à cause de sa maladie chronique et aux regards négatifs de son entourage face à cette maladie, c'est ainsi que sa tante lui a proposé d'aller vivre chez elle à Constantine au moins le temps pour surmonter son choc et s'éloigner des regards des autres. Elle a accepté sans aucune hésitation.

Lors de son habitat à Constantine, M<sup>lle</sup> (S.A) s'est inscrite pour suivre un stage de coiffure, mais elle a fini par tout lâcher, « **là, je suis tellement en colère; je ne sers à rien, donc pourquoi tout ça ? Et pourquoi moi ?** ».

Après plusieurs années du traitement et d'angoisse face à des situations qui n'existent pas, et les complications qui se sont multipliées chez notre sujet d'étude. M<sup>lle</sup> (S.A) s'est rendue compte que cette maladie va l'accompagner toute sa vie, et qu'elle doit prendre soin d'elle en prenant le traitement, disant: « **que je le veule ou pas, c'est mon destin et je dois l'accepter... Dieu merci** ». C'est ainsi alors qu'elle décide de commencer à suivre son régime alimentaire ainsi que son traitement médical.

De l'autre côté, elle nous a expliqué l'inquiétude de sa mère en disant : « **maman fait beaucoup de souci pour moi; qui va me prendre en charge après elle, qu'est-ce que je deviendrai après sa mort** ».

Pour ce qui concerne sa vie quotidienne, elle passe ses jours à faire le ménage et la cuisine, disant : « **je ne sers rien qu'à ça!!** », elle ajoutait : « **18 ans dans un état pareil, suivant le même traitement, c'est injuste, je n'ai rien vécu !!** ».

M<sup>lle</sup> (S.A) a suivi son traitement de dialyse dans différents établissements, ce qui la rendue plus anxieuse. Elle a commencé ce traitement premièrement à Constantine, puis elle s'est déplacé vers Bouira, ensuite à Akbou pour arriver enfin à l'établissement de Bejaia, là où ils ont refusé de la prendre en charge au début, c'est ce qui la paniquée et désespérée. Après plusieurs tentations, elle a enfin réussi à décrocher une place dans cet établissement. Il y a trois ans de ça, quand le centre d'hémodialyse de Sidi-Aich a vu le jour, notre sujet a été orienté pour prendre une place dans cet établissement.

Tous ses déplacements ont créé chez elle des sensations d'épuisement et de fatigue, ainsi qu'elle se voit comme si elle est sur le dos des autres c'est ce qui les laisser assurément craquer un jour, donc elle commence à développer des sentiments d'inutilité.

Lors de l'entretien, le contact avec M<sup>lle</sup> (S.A) était facile, l'expression de son langage était bien claire et compréhensible, elle faisait toujours de son mieux pour répondre aux questions posées.

À partir du résumé d'entretien ci-dessus, nous avons remarqué (observé) que le sujet S.A présente une anxiété moyenne c'est ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante.

#### 1.2.4- Présentation et discussion des résultats de l'échelle de « Spielberger »:

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
S.A	Féminin	43	50	45

**Tableau n° 8 : Résultat de l'échelle de « Spielberger» pour le Sujet « S.A».**

Après la passation de l'échelle de Spielberger, M<sup>lle</sup> (S.A) a obtenu un score de 50 points pour le total d'anxiété générale, et un score de 45 points pour le total d'anxiété d'état. Ces résultats nous montrent que notre sujet d'étude éprouve une anxiété générale moyenne et une anxiété d'état moyenne.

#### **Conclusion générale du cas (échelle & entretien):**

Plus les années passent, plus M<sup>lle</sup> (S.A) est envahie par des sentiments d'angoisse et de stress permanente, liée à son inquiétude d'apparition d'avantage complications qui la rendraient dépendante des autres. La maladie dont elle souffre a pris d'elle tout le bonheur dont elle en a toujours rêvé.

M<sup>lle</sup> (S.A) n'est pas satisfaite de son état de santé surtout après l'apparition de multiples complications, c'est ce qui a introduit chez elle un sentiment d'infériorité par rapport aux autres ; elle a vécu une grande partie de sa vie en tant que personne hémodialysée, cela l'a empêché de profiter de sa vie, en dehors de sa maladie en tant que n'importe quel être humain.

### 1.3. Présentation et anamnèse du troisième sujet « A.N »:

#### 1.3.1- Informations personnelles du sujet :

(A.N) une jeune fille, âgée de 33 ans d'Adekar, présente une insuffisance rénale chronique depuis 2 ans. Son aspect physique ne nous montre guère qu'elle souffre d'une maladie chronique vu qu'elle fait toujours attention à son apparence, quant à son aspect psychologique, elle était le seul sujet qui a eu du mal à accepter sa maladie comme elle avait un langage très agressif en parlant de sa maladie ainsi qu'en se comportant avec l'ensemble de l'équipe soignante.

Elle a effectué ses études à l'université d'Alger où elle a obtenu son diplôme en psychologie, et elle travaille actuellement en tant que psychologue scolaire.

M<sup>lle</sup> (A.N) vit toujours avec sa famille; son frère et ses sœurs, comme elle est le seul membre malade parmi eux.

#### 1.3.2- Présentation et analyse de l'entretien :

Durant son travail, M<sup>lle</sup> (A.N) avait des malaises au niveau de la colonne vertébrale, des maux de tête, enflure des pieds, des douleurs qui s'accroissent de plus en plus, des insomnies et même elle perd connaissance de temps en temps, mais vu qu'elle déteste les hôpitaux, elle préfère souffrir que de consulter un médecin.

Les manifestations chez M<sup>lle</sup> (A.N) se développaient au point qu'elle n'arrive même pas à sortir de sa chambre et son état n'arrêtait pas de s'aggraver, sa sœur l'a forcé alors de rendre visite à un médecin afin de savoir ce qu'il lui arrivait.

Après une série d'examen cliniques, les médecins l'ont orienté en urgence de voir un néphrologue, ces derniers ont diagnostiqué chez elle une insuffisance rénale chronique. Après l'annonce du diagnostic, M<sup>lle</sup> (A.N) a eu des difficultés à suivre le néphrologue, c'est comme si elle voulait remettre le temps en arrière ; pour se rappeler des moments où elle a été en bonne santé, nous racontait-elle. « **Une maladie chronique, insuffisance rénale, y a-t-il autre chose à ajouter, docteur ?** ». C'était un choc pour elle de se trouver dans cet état, comme elle le souligne: « **je n'arrive pas à croire que j'ai atteint cette maladie silencieuse et douloureuse** » elle ajoute « **je ne savais pas quoi dire...** ». Elle voulait tout ignorer, même le temps présent, « **mais je ne peux rien faire** ».

Durant sa première séance de dialyse, M<sup>lle</sup> (A.N) trouve des difficultés à suivre ce traitement, elle disait en pleurant : « **pourquoi moi et pourquoi à cet âge** ».

M<sup>lle</sup> (A.N) a pris isolement des yeux de son entourage, et elle perd contact avec eux surtout avec toutes personnes de son âge. Elle trouve que cette maladie comme un obstacle qui la prive de tout ; ces activités, ces amis et même ces ambitions. « **Les filles de mon âge sont soit fiancées, soit mariées avec des enfants et moi ? Qu'est-ce que je fais?...[après un bon moment de silence]...je me contente de passer la plupart de mon temps au service d'hémodialyse à observer et de compter les derniers jours de ma vie** » disait-elle.

Durant l'entretien avec M<sup>lle</sup> (A.N), on a rencontré quelque difficulté à la suivre puisqu'elle crie et pleure quand elle répondait à nos questions, mais cela ne nous a pas empêché d'observer la tristesse qu'elle éprouve quand elle évoque cette maladie.

Durant son discours, M<sup>lle</sup> (A.N) manifeste un sentiment de peur et une angoisse liée à la mort. Cela s'exprime par une attitude figée, un regard vide, une mimique appropriée « **Je ne peux pas...**[un moment de silence ] ».

Elle parle de son passé où elle était étudiante à l'université avec un grand sourire, c'était des moments de rêve et de liberté qu'elle a vécu auprès de ses amis, mais actuellement: « **la liberté et les rêves ! J'en ai connu au passé, mais là, je me contente de vivre auprès de ma famille qui essaye toujours de me comprendre et de me venir en aide. Ce n'est plus comme avant, personne n'arrivera à me comprendre, même pas ma sœur qui était toujours présente pour moi, personne ne pouvait ressentir ce que j'endurais** ». Elle ajoute « **Tous ceux qui m'entourent me traitent comme une personne malade à l'exception de ma sœur qui m'encourageait toujours à avoir foi en Dieu** ».

M<sup>lle</sup> (A.N) a toujours de l'espoir qu'à l'avenir il y aura un autre traitement pour cette pathologie, un traitement plus aisé que celui-là « **je passe tout mon temps à espérer ça, même si je n'aurai pas l'occasion d'en profiter** ».

Après cette maladie chronique, la seule chose que (A.N) a essayé de faire c'est de prendre soin d'elle comme elle ne l'a jamais fait avant, de s'habiller comme elle veut, d'acheter tout ce qu'elle en a envie « **je profite de tout faire, tant que je suis encore vivante... des soupirs...** ».

Elle ressent de la panique dans tout ce qu'elle fait, toujours angoissée même quand elle se retrouve avec des personnes qu'elle ne connaît pas, une terrible peur de leur dire qu'elle est malade, ou de la possibilité qu'ils puissent le découvrir.

À partir du résumé d'entretien ci-dessus, nous avons remarqué (observer) que le sujet (A.N) présente une anxiété sévère c'est ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante.

#### **I.3.4-Présentation et discussion des résultats de l'échelle de « Spielberger»:**

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
A.N	Féminin	33 ans	60	62

**Tableau n° 9 : Résultat de l'échelle de « Spielberger» pour le Sujet 3.**

En ce référent aux résultats, M<sup>lle</sup> (A.N) a eu 60 points pour l'anxiété générale et 62 points pour l'anxiété d'état, et d'après ces résultats on peut dire qu'elle éprouve une anxiété sévère.

#### **Conclusion générale du cas (échelle & entretien):**

Compte tenu des résultats obtenus, nous pouvons conclure que l'anxiété éprouvée par (A.N) est causée par sa peur et son inquiétude d'être dépendante d'une machine est d'être sur le dos des autres. Cette maladie a engendré chez elle de différentes complications vu qu'elle n'arrive toujours pas à accepter son traitement même après deux ans de maladie.

Le caractère de (A.N) a beaucoup changé depuis son atteint de cette maladie, c'est ce qu'on a remarqué lors de l'entretien; son mode de vie et même sa relation et son comportement avec les autres. Deux ans depuis qu'elle suit ce traitement, mais elle n'arrive toujours pas à l'accepter, rien n'a changé en dehors d'anxiété et d'angoisse qu'elle éprouve envers cette maladie et ce traitement.

## I.4. Présentation et anamnèse du quatrième sujet « O.L. »:

### I.4.1- Informations personnelles du sujet:

M<sup>r</sup> (O.L) est un jeune homme de 29 ans, habite à Chemini. Il a récemment découvert sa maladie d'insuffisance rénale chronique, et cela, depuis environ quatre (4) mois.

Son niveau d'instruction est de la 9<sup>ième</sup> année moyenne et il est actuellement sans emploi à cause de sa santé qui s'altère de plus en plus, vu qu'il est déjà diabétique depuis l'âge de 12 ans.

M<sup>r</sup> (O.L) vit avec sa famille; ces parents qui sont asthmatiques et ces cinq (5) frères dont il occupe la 5<sup>ième</sup> place, ce qui veut dire qu'il est l'avant-dernier.

Ces différentes maladies ont entièrement basculé la vie de notre sujet dont il n'éprouve aucun goût à la vie qu'il mène, c'est ce qu'on a remarqué selon son apparence physique vu qu'il ne fait même pas attention à ce qu'il porte comme vêtement.

### I.4.2- Présentation et analyse de l'entretien :

La découverte de sa maladie est liée à certains signes: une fatigue continue, hypertension artérielle, perte d'appétit et perte de poids et une faiblesse très marquées, mais ses symptômes n'ont pas été la cause principale de la découverte de sa maladie. M<sup>r</sup> (O.L) est allé faire quelques examens pour contrôler son diabète, les résultats obtenus ont indiqué chez lui une insuffisance rénale chronique. La réaction du sujet a été normale c'est comme s'il n'a rien entendu, le médecin a essayé de lui expliquer cette maladie, mais le sujet faisait comme si il n'y avait rien de grave, **«je suis déjà diabétique, c'est normale d'atteindre cette maladie; avoir une ou deux maladies est bien pareille pour moi... [ un bon moment de silence ]»**.

Cette pathologie constitue pour lui une vraie dépendance **corporelle « ma vie est loin d'être belle, je suis déjà dépendant de ma famille et je serai encore dépendant d'une machine, tu sais; ma vie est complètement bousculée»**.

**« À certains moments, mes émotions et mes préoccupations m'indiquent que j'ai des choses à faire et certains problèmes à régler, alors ce n'est jamais de mon choix si je reste les bras croisés, mais c'est uniquement ma maladie qui m'empêche d'agir»**.

Malgré sa maladie, M<sup>r</sup> (O.L) est un homme qui aime bouger, réaliser ses activités et qui rêve toujours d'aider les autres, mais l'image dont cette maladie lui donne l'empêche même d'y penser.

Durant les séances d'entretien avec notre sujet M<sup>f</sup> (O.L), on a remarqué que son état de santé s'altère de plus en plus, bien que pendant le traitement, il a éprouvé des vertiges et des vomissements.

Pour ce qui concerne le régime alimentaire, notre sujet d'étude n'a eu aucun problème à le suivre puisqu'il était déjà sous un régime lors de son atteinte de diabète.

La famille d'(O.L) est toujours présente dans sa vie, cette situation constitue pour lui un avantage, d'avoir leur soutien et de le consoler. Il les trouve toujours à côté de lui dès qu'il en a besoin, mais au même temps, il se sent gêné de cette situation en disant: **«c'est mon destin d'être malade, je ne peux rien faire contre ça,... vous savez, la vie est tracée et on a rien qu'à se céder.... »**. Même en racontant sa vie, il n'abordait aucun moment de sa vie qu'il aurait pu passer tout seul.

Depuis son enfance, à l'âge de 12 ans, il a été hospitalisé pour de longues durées et il a passé beaucoup de temps dans des hôpitaux que chez lui.

Tandis que le sujet alitait; en état de faiblesse, de fatigue, de pâleur, et d'angoisse, il nous a déclaré que la seule chose qu'il peut réaliser, est de nous aider dans cette recherche **« peut-être que je serai utile pour quelque chose ou moins pour une fois dans ma vie »**.

À partir du résumé d'entretien ci-dessus, nous avons remarqué (observé) que le sujet «O.L» présente une anxiété sévère c'est ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante.

#### I.4.4- Présentation et discussion des résultats de l'échelle de « Spielberger »:

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
O.L	Masculin	29 ans	63	62

**Tableau n° 10 : Résultat de l'échelle de « Spielberger » pour le Sujet4.**

Après la passation de l'échelle d'anxiété de Spielberger et les résultats obtenus par le sujet, 63 points pour l'anxiété générale et 62 points pour l'anxiété d'état, et d'après ses résultats on peut dire que le sujet éprouve une anxiété sévère.

**Conclusion générale du sujet (échelle & entretien):**

D'après les résultats obtenus de l'échelle d'anxiété générale et d'anxiété d'état de Spielberger, on peut dire que l'insuffisance rénale chronique a une influence négative sur la vie psychique de notre sujet. Il se sent seul et inutile autour de son entourage.

## I.5. Présentation et anamnèse du cinquième sujet « H.R » :

### I.5.1- Informations personnelles du sujet :

Monsieur (H.R) est un jeune homme âgé de 30 ans et il est d'Akfadou. Il a un niveau d'étude secondaire.

Notre sujet a atteint la maladie d'insuffisance rénale chronique il y a environ 6 mois, bien qu'il est diabétique depuis l'âge de 9 ans ajoutant que sa vue n'arrête pas de diminuer.

Son aspect physique est un reflet direct d'une personne fatiguée, épuisée et très souffrante; une image non surprenante et très originale puisque son état de santé n'arrête pas d'empirer. Ajoutant à cela ses conditions familiales qui sont tout de même très compliquées vu qu'il est orphelin et issu d'une famille très pauvre, c'est ce qui l'a poussé depuis toujours à chercher un emploi afin de prendre en charge tous ses soins pour ne plus compter sur son demi-frère avec qui il vit.

M<sup>r</sup> (H.R) n'a pas réussi à décrocher un poste de travail à cause de son incapacité et sa maladie, c'est ce qui le laisse vivre dans un milieu non stable et déplorable.

### I.5.2- Présentation et analyse de l'entretien :

Il y a environ 6 mois, quand il a eu des symptômes étranges et terrifiants. Il a été saisi par une bouffée d'angoisse soudaine et intense et il a ressenti une douleur aigüe au niveau de la colonne vertébrale, au point qu'il a eu l'impression qu'il allait mourir, ajoutant l'enflure de ses pieds et l'hypertension artérielle.

L'annonce de cette maladie était un vrai choc pour lui comme il le souligne : « **cette maladie pour moi est une très grande menace pour ma vie** ».

Il n'arrivait pas à croire qu'il a atteint une maladie aussi grave que celle-là, il disait: « **j'ai déjà accepté d'être un diabétique, mais je ne peux pas accepter encore une autre maladie; être hémodialysé ...!** ».

L'atteint de cette maladie chronique à engendrer chez lui d'autres troubles psychologiques tels que des soucis et des sensations d'angoisse et de peur.

À l'âge de 9 ans, M<sup>r</sup> (H.R) a éprouvé quelques symptômes tels qu'une soif et une émission d'urines excessives, des crises de boulimie et d'autres. Après avoir consulté un médecin, il a su qu'il était diabétique, c'est ainsi qu'il a été hospitalisé pour une longue durée.

En revanche, l'état financier de son demi-frère ainsi que la prise en charge de ses soins et des différents besoins de sa vie quotidienne ont créé entre lui et son demi-frère une relation très perturbée, vu que ce dernier le considère comme un objet qui ne sert à rien qu'à consommer, et non pas à produire.

On a constaté chez ce sujet une tristesse et une détresse psychologique importante et un sentiment de profonde lassitude, il déclare « **j'ai perdu tout gout à la vie, plus rien ne me donne la force pour survivre** ».

La relation familiale d'(H.R) avec sa famille est troublée de plus en plus, la négligence de cette dernière et le manque de soutien créent en lui des troubles psychologiques comme le manque de confiance en lui et le sentiment d'infériorité puisque son demi-frère le trouve comme un obstacle, ajoutant qu'il se trouve rejeté ou marginalisé par la société, disant: « **personne ne me traite correctement, on me voit comme une personne morte** ».

Notre sujet n'a pas eu du mal à suivre son régime alimentaire ainsi que son traitement par hémodialyse vu qu'il suivait déjà celui du diabète.

Au fur et à mesure, notre sujet a pris conscience de sa maladie et voilà qu'il suit son traitement par dialyse chaque trois fois par semaine pour une durée de quatre heures, il nous déclare : « **ce traitement est comme un cauchemar répété dans ma vie. Au moment de dialyse, je me sens angoissé et fatigué...!** » Il ajoute: « **c'est un traitement dur est très douloureux** ».

À partir du résumé d'entretien ci-dessus, nous avons remarqué (observer) que le sujet «H.R» présente une anxiété moyen c'est ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante.

#### I.5.4- Présentation et discussion des résultats de l'échelle de Spielberger :

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
H. R	Masculin	30 ans	55	47

Tableau n° 11: Résultat de l'échelle de « Spielberger » pour le Sujet « H.R ».

D'après le score des deux tests d'anxiété générale et d'état de Spielberger, on a découvert que M<sup>r</sup> (H.R) présente une anxiété moyenne et que cela est dû au traitement d'insuffisance rénale chronique et à l'absence du soutien familiale.

### **Conclusion générale du cas (échelle & entretien):**

En se référant à l'entretien et aux résultats obtenus par le sujet « H.R», on trouve que le traitement de l'insuffisance rénale chronique pour notre sujet est lourd et difficile à supporter; par ses contraintes de temps en temps, la fatigue qu'il entraîne, et par la dépendance qui engendre chez notre sujet un sentiment d'incapacité et d'inutilité. Le manque de soutien et d'affection ont complètement perturbé la vie psychique de notre sujet.

M<sup>r</sup> (H.R) est devenu quelqu'un de très nerveux, abattu et ne parle avec personne durant les séances du dialyse; même les malades et les infirmiers, il préfère s'isoler de tous et de rester tout seul.

## I.6. Présentation et anamnèse du sixième sujet « M.A » :

### I.6.1- Informations personnelles du sujet:

M<sup>r</sup> (M.A) âgé de 67ans, marié, habite à Ait Smail souffre d'une insuffisance rénale chronique depuis 2ans.

Notre sujet souffre aussi de plusieurs maladies comme l'anémie, diabète et l'hépatite C. Il est de taille moyenne, et de bonne humeur quand son état s'améliore. Comme il est le seul malade de sa famille, il a eu toute son attention.

### I.6.2- Présentation et analyse de l'entretien:

Monsieur (M.A) souffre d'une insuffisance rénale chronique depuis deux (2) ans, à cause d'une tension artérielle dont il était atteint. À l'annonce de sa maladie, il avait une réaction normale et n'était pas surpris.

Pendant notre entretien il nous a bien aidés, il nous a mis à l'aise en disant « **ne soyez pas timide demander tous ce que vous voulez** » et concernant ses maladies il disait « **j'ai pas mal de maladies que vos dix doigts ne suffisent pas pour les compter** ». Après ses dires, il nous paraît fier de ses enfants, tout au long de notre entretien il ne fait que parler d'eux.

Sa maladie est débutée après avoir des manifestations graves et douloureuses, anémie, perte d'appétit, fatigue... etc.

Suite à l'analyse sanguine qu'il a faite a révélé qu'il souffre d'une hépatite « C » qui touche le foie. À l'annonce du diagnostic, il avait une réaction normale, sans peur ni inquiétude. Ils l'ont hospitalisé pour lui faire la fistule.

Quand les médecins ont diagnostiqué chez lui une insuffisance rénale chronique, après un certain temps ils lui mirent la fistule et l'envoyé au service d'hémodialyse.

Il a une bonne relation avec sa famille qui l'a bien aidé à surmonter sa maladie, il l'a acceptée, il disait, qu'il y a des malades qui souffrent plus que lui alors qu'ils sont plus jeunes. M<sup>r</sup> (M.A) a facilement accepté les traitements qu'il devait suivre.

Notre sujet voit que le fait d'être malade faisait partie de son destin et aussi qu'il est à l'âge de l'être, il accepte facilement et décide de ne pas se plaindre.

À partir du résumé d'entretien ci-dessus nous avons remarqué (observé) que le sujet « M.A » présente une anxiété moyenne ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante de « Spielberger ».

#### I.6.4- Présentation et discussion des résultats de l'échelle :

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
M.A	Masculin	67 ans	48	50

**Tableau n°12 : résultat de l'échelle de « Spielberger » pour le sujet « M.A ».**

D'après les résultats on remarque que M<sup>r</sup> (M.A) a obtenu 48 points pour l'anxiété générale et 50 points pour l'anxiété d'état ce qu'il le classe dans une anxiété moyenne.

L'échelle d'anxiété de Spielberger nous a montré que monsieur (M.A) est moyennement anxieux cela grâce au soutien qu'il a eu de son entourage.

#### **Conclusion générale du sujet (échelle & entretien):**

On a constaté pendant l'entretien effectué avec M<sup>r</sup> (M.A) qu'il présente une angoisse sur sa qualité de vie comme il manifeste d'autres troubles : l'insomnie, la fatigue et les tremblements... etc.

On se référant aux résultats de l'échelle qu'on a effectuée avec le sujet, on peut conclure qu'il souffre d'une anxiété moyenne.

## I.7. Présentation et anamnèse du septième sujet « A.B »:

### I.7.1- Information personnelle du sujet « A.B » :

M<sup>lle</sup> (A.B) âgée de 19ans de Kherrata, célibataire, son niveau d'instruction est de la première (1) année secondaire, souffre d'une maladie rénale chronique depuis 4 ans. Elle est de petite taille, maigre, toujours souriante, elle discute avec tout le monde, elle est l'avant-dernière d'une fratrie un peu nombreuse. Elle disait aussi qu'elle a eu beaucoup de mal à s'habituer et à s'accoutumer à son traitement.

### I.7.2- Présentation et analyse de l'entretien:

Notre patiente souffre d'une insuffisance rénale chronique depuis l'âge de 15ans. À l'annonce du diagnostic, elle disait avoir très peur, à aller en faire des fugues le jour où elle doit aller à la séance d'hémodialyse et qu'elle a du mal à accepter jusqu'à ce moment-là. M<sup>lle</sup> (A.B) a développé un sentiment d'inutilité d'assurer ses taches attribuées, elle disait « **je n'arrive pas à l'acceptée, je suis fatigué de tout sa et je n'arrive pas à m'habituer aux seringues**».

Pour notre sujet, ce traitement ce n'est qu'un choc « **le jour où je devais faire la fistule j'ai fugué j'y arrivé pas j'avais trop peur**».

Le traitement de notre sujet est dés fois avec le cathéter au cou ce qui-là gêne à bouger aussi à s'endormir dans une bonne position, et que ses séances de trois (3) fois par semaine sont dure et c'est très fatigant qu'à chaque fois il faut attendre environ quatre (4) longues heures.

Ce traitement perturbe sa vie quotidienne et qu'elle arrivait plus à faire ses activités comme elle le faisait avant sa maladie.

Ce qui a vraiment perturbé notre sujet c'est le fait qu'elle n'a pas pu suivre ses études alors qu'elle était une bonne élève. Elle disait aussi qu'avant sa maladie elle était une fille qui bouge beaucoup qui aime se baladé et qu'elle faisait tous qu'il fallait pour ne pas rester dans une place. Elle disait et maintenant « **je suis différente de ce que j'étais je ne peux rien faire de tout sa et c'est ce qui me perturbe le plus puisque je suis très jeune**».

M<sup>lle</sup> (A.B) affirme : « **je n'aime pas qu'on me traite de malade, qui leur a dit je suis malade moi je ne me plain pas alors... [Un long silence]...**».

M<sup>lle</sup> (A.B) est soutenue par toute la famille, elle souhaite bien faire une greffe et d'être en bonne santé, ce qui lui donne un peu d'espoir pour surmonté son état.

À partir du résumé d'entretien ci-dessus nous avons remarqué que le sujet « A.B » présente une angoisse moyenne ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante de « Spielberger ».

### I.7.3- Présentation et discussion des résultats de l'échelle :

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
A.B	Féminin	19	58	54

#### Tableau n°13 : résultat de l'échelle d'anxiété de « Spielberger » du sujet 7:

D'après les résultats on remarque que M<sup>lle</sup> (A.B) présente un score de 58 points pour l'anxiété générale et 54 points pour l'anxiété d'état, ce qui la classe dans une anxiété moyenne.

L'échelle de Spielberger nous a montré que M<sup>lle</sup> (A.B) a un état d'anxiété moyen, cela est dû à la souffrance physique et aussi psychique et le fait qu'elle a dû mal à accepter sa maladie.

#### Conclusion générale du cas (échelle & entretien):

Notre sujet voit sa maladie comme un obstacle qui le prive de ses habitudes et qu'elle a du mal à accepté à ce jour. On remarque que sa maladie l'empêche de mener une vie normale qu'elle a bien exprimée au cours de l'entretien effectué. Et qu'elle présente une angoisse altérée liée aux complications de son état physique, psychique provoqué par l'insuffisance rénale chronique terminale.

On se référant aux résultats de l'entretien et de l'échelle qu'on a effectuée avec la patiente, on peut conclure que M<sup>lle</sup> (M.A) souffre d'un état anxieux moyen et cela est engendré par une instabilité psychologique, et de se renfermé sur elle-même et sur sa maladie pour en souffrir plus. Cela veut dire que sa maladie prend dessus dans son organisme par la perte de poids remarquable. Donc M<sup>lle</sup> trouve la consolation dans la foi simplement pour éviter l'inquiétude de sa famille.

## **I.8. Présentation et anamnèse du huitième sujet « T.S »:**

### **I.8.1- Informations personnelles du sujet T.S :**

M<sup>r</sup> (T.S) âgée de 43ans, mariée et père de 3 enfants, habite à Darguina, il travaillait comme gardien dans une entreprise privée, atteinte d'une insuffisance rénale chronique depuis une année. Il est d'une taille moyenne toujours bien habillée, et toujours de la bonne humeur et très timide, il est le seul malade atteint d'insuffisance rénale dans sa famille.

### **I.8.2-Présentation et analyse de l'entretien:**

La découverte de sa maladie est liée à des manifestations de certains symptômes comme la fatigue, la faiblesse et le malaise « **j'étais en garde la nuit, et le matin je rentré chez moi j'étais souffrant ils m'ont amené à l'hôpital ou ils m'ont fait un scanner qui montre que s'était mes reins qui ne fonctionnent plus**».

Suite aux analyses sanguines et urinaires qu'il a faites, les néphrologues ont diagnostiqué chez lui une insuffisance rénale chronique, ils l'ont hospitalier pour lui mettre la fistule et l'envoyèrent en urgence au service d'hémodialyse.

M<sup>r</sup> (T.S) avait une réaction normale, sans peur ni inquiétude, il a bien agit et accepta le traitement.

Il disait aussi « **puisque'on souffre, l'hémodialyse est une bonne solution, on venant on se sent mal partout après ses quatre (4) heures on se sent vraiment soulager** ».

Notre sujet se sent bien « **en regardant les autres, moi je suis bien, il y on a même qui n'arrive même pas à marcher moi -hamdoullah, Dieu merci** ».

On a remarqué chez notre sujet absence d'inquiétude, qui est dû au fait que sa femme est compatible à lui donner un rein il a un grand espoir à cette greffe.

Après lui, il a d'excellents rapports avec sa famille et tout son entourage « **tout le monde m'aide et m'encourage à affronter ma maladie**».

À partir du résumé d'entretien ci-dessus nous avons remarqué (observé) que le sujet « T.S » présente une angoisse moyenne et qu'on va confirmer avec l'échelle suivante de « Spielberg »:

**I.8.4- Présentation et discussion des résultats de l'échelle :**

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
T.S	Masculin	43	59	48

**Tableau n°14 : résultat de l'échelle de Spielberger du sujet « T.S »:**

D'après les résultats on remarque que M<sup>r</sup> (T.S) présente un score de 59 points d'anxiété générale et le score de 48 points d'anxiété d'état, ce qui le classe dans une anxiété moyen.

On constate que l'état psychique de Mr (T.S) domine sur une inquiétude, peur de ne pas être greffer un peu de désespoir et beaucoup plus de la résistance. Cela est dû au fait que les médecins ont déclaré qu'il y on a un problème de santé chez sa femme.

**Conclusion générale du cas (échelle & entretien):**

Bien que la vie de notre sujet soit altérée, il arrive à être calme et accepte sa maladie. Au cours de l'entretien effectué avec lui nous avons constaté que l'encouragement qu'il reçoit de la part de ses proches est un appui qui lui permet de toujours garder sa bonne humeur.

On se référant aux résultats des entretiens et de l'échelle on conclut que monsieur (T.S) souffre d'un déséquilibre psychique et cela est dû à sa maladie d'une certaine inquiétude sur la transplantation de reins que son épouse pouvait lui donné.

## I.9. Présentation et anamnèse du neuvième sujet « R.H »:

### I.9.1- Informations personnelles du sujet :

M<sup>me</sup> (R.H) âgée de 60ans mariée mère de neuf (9) enfants atteinte d'une insuffisance rénale chronique depuis trois (3) ans, habite à Darguina, elle est de taille moyenne, calme et toujours souriante avec nous.

### I.9.2- Présentation et analyse de l'entretien:

Pendant l'entretien notre sujet a bien participé, elle disait « **je suis bien aise en vous parlant** ». «**Demandez tous que vous voulez si je peux vous aider, je le ferai avec plaisir**».

La maladie de notre sujet a commencé depuis 2011 à cause de certaines manifestations comme l'hypertension artérielle.

Après plusieurs examens, le médecin a diagnostiqué chez elle une insuffisance rénale chronique.

À l'annonce du diagnostic elle n'a rien compris puisqu'elle n'avait aucune connaissance sur cette maladie, mais elle disait qu'elle était choquée « **j'étais vraiment choquée, mais Dieu merci je suis vivante toute ma famille m'entoure on m'apportant tout son aide et j'accepte cette maladie puisque je ne suis pas la seule et c'est mon destin de vivre ainsi**».

Et on se regardant autour d'elle et nous dit : « **regarde je suis presque la plus âgée de tous ceux qui sont ici ils ont l'âge de mes enfants je me préfère moi ici qu'à l'un de mes enfants**». Elle accepte sa maladie et le traitement indiqué par les médecins.

À partir du résumé d'entretien ci-dessus nous avons remarqué (observé) que le sujet « R.H » présente une anxiété moyenne ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante de « Spielberger».

### I.9.4- Présentation et discussion des résultats de l'échelle :

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
R.H	Féminin	60	49	50

Tableau n°15 : résultat de l'échelle de « Spielberger» du sujet 9.

D'après les résultats on remarque que M<sup>me</sup> (R.H) présente un score de 49 points d'anxiété générale et 50 points d'anxiété d'état, ce qui la classe en degré d'anxiété moyenne.

L'échelle de l'anxiété de Spielberger nous a montré que M<sup>me</sup> (R.H) a une anxiété moyenne sur son état psychique.

### **Conclusion générale du cas (échelle & entretien):**

On se référant aux résultats de l'échelle de l'anxiété de Spielberger on conclut que M<sup>me</sup> R.H à une anxiété moyenne, et cela est causé par la peur et l'inquiétude.

## I.10. Présentation et anamnèse du dixième sujet « B.S »:

### I.10.1- Informations personnelles du sujet :

M<sup>lle</sup> (B.S) âgée de 26ans célibataire son niveau d'instruction est de 3<sup>ième</sup> année secondaire, habite à Kherrata, atteinte d'une insuffisance rénale chronique depuis trois (3) mois. C'est une jeune fille de taille moyenne, souriante, et très calme, on ne l'entend pas beaucoup parler, et elle est la seule qui est atteinte d'une insuffisance rénale chronique dans sa famille.

### I.10.2- Présentation et analyse de l'entretien:

Avant trois (3) mois après avoir eu un malaise notre sujet était emmené à l'hôpital, sa famille pensait que c'était à cause de la tension artérielle, mais les médecins ont diagnostiqué chez elle une insuffisance rénale chronique.

À l'annonce du diagnostic:« **j'avais une réaction normale sans peur ni inquiétude**».

Notre sujet fut envoyé au service d'hémodialyse, au début « **je ne savais pas ce que veut dire la dialyse, le médecin me disait que mes reins ne fonctionnent plus**».

Pendant notre entretien, on a constaté que notre sujet refoule ses sentiments de peur et d'inquiétude et éprouve comme un besoin de se montrer fort même devant nous. Ou il semble ne pas voir clairement la gravité de la situation. On a aussi remarqué que mademoiselle B.S essaye de garder le contrôle et de réfléchir avant de parler. Elle disait aussi « **la maladie n'est pas un obstacle pour moi, ce qui est arrivé est arrivé c'est mon destin et c'est Dieu qui a voulu tout ça alors j'accepte sans me plaindre**».

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

À partir du résumé d'entretien ci-dessus nous avons remarqué (observé) que le sujet B.S présente une anxiété moyenne ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante:

Sujet	Sexe	Age	Anxiété générale	Anxiété d'état
B.S	Féminin	26	44	40

**Tableau n°16 : résultat de l'échelle d'anxiété de Spielberger du sujet 10**

D'après les résultats on remarque que M<sup>lle</sup> (B.S) présente un score de 44 pour l'anxiété générale et de 40 points pour l'anxiété d'état, ce qui la classe dans l'anxiété moyenne.

**Conclusion générale du sujet (échelle & entretien):**

On se référant aux résultats de l'entretien et de l'échelle qu'on a effectué avec la patiente, on peut conclure que M<sup>lle</sup> (B.S) souffre d'une anxiété moyenne à cause des effets secondaires du traitement.

- **Analyse générale de l'entretien et l'échelle de l'ensemble des sujets :**

À partir de l'analyse des entretiens réalisés pour chaque personne hémodialysé , nous avons remarqué que d'après tous les symptômes qu'ils représentent, personne ne s'attendait d'avoir une telle maladie vu qu'ils étaient tous choqués en l'apprenant: c'était un moment très difficile à gérer pour eux.

La plupart d'entre eux n'ont jamais connu l'insuffisance rénale chronique, ce qui a engendré chez eux une souffrance intense et un bouleversement psychologique comme l'angoisse.

En ce qui concerne leurs relations avec leurs familles, nous avons remarqué que la plupart des cas ont subi plusieurs perturbations et bouleversements, vu qu'il n'ont pas eu le soutien qu'ils méritaient en étant malades disant qu'ils sont devenus lourds sur le dos de leurs familles.

Tous les sujets ont annoncé que leur vie en général a changé depuis l'atteint de cette maladie, ils allèguent un malaise et un inconfort causés par leur peur d'une dégradation de leur état de santé, et par la difficulté de faire un équilibre entre leurs besoins quotidiens et les exigences de la vie.

Ce désarroi a engendré chez eux des angoisses, des insomnies, de la fatigue et d'énormes changements dans leurs comportements exprimés par des crises de nerfs, une irritabilité envers des situations banales.

Pour ce qui concerne la vision sur l'avenir, les sujets ont répondu que toutes leurs pensées sont centrées sur le présent . L'avenir n'est qu'un point très loin dans l'univers qui est très loin d'être réel. Notamment, cette difficulté à aborder l'avenir et même à y penser est liée au fait qu'il sont malade.

Tous les symptômes constatés durant l'entretien (le malaise, la nervosité, l'irritabilité, l'anxiété, le bouleversement, l'inquiétude, la perte d'intérêt, l'anticipation du pire...) sont des manifestations cliniques indiquant l'existence de l'angoisse chez tous nos sujets.

D'après tout ce qui a été dit, on déduit que les maladies chroniques ont une immense influence sur le psychisme. Autrement dit, la santé physique a une très grande influence sur la santé psychique.

- **Discussion des résultats:**

La passation et la cotation de l'échelle d'Anxiété de « Spielberger » nous a permis de savoir que la majorité de nos sujets présentent une anxiété moyenne évaluée entre « 42 à 49,5 », et cela, chez les cas (1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10), et une anxiété sévère chez les sujets (3, 4) qui est évaluée entre ( 61 à 62,5 ).

Sujet	D.L	S.A	A.N	O.L	H.R	A.B	M.A	T.S	R.H	B.S
Anxiété générale	59	50	60	63	55	58	48	59	49	44
Anxiété d'état	55	45	62	62	47	54	50	48	50	40
Score anxiété	57	47,5	61	62,5	51	56	49	53,5	49,5	42

**Tableau n° 17: les résultats d'anxiété de Spielberger de tous les sujets.**

Moyenne d'anxiété moyenne	Moyenne d'anxiété sévère
50,68	61,75

**Tableau n°18 : la moyenne d'anxiété moyenne et sévère de l'échelle de Spielberger pour tous les sujets.**

Niveau d'anxiété	Anxiété générale			Anxiété d'état		
	Répétition	Moyen	Pourcentage %	Répétition	Moyen	Pourcentage %
Anxiété naturelle	0	00	00	0	00	00
Anxiété moyenne	8	52,75	80%	8	48,62	80%
Anxiété sévère	2	61,5	20%	2	62	20%
<b>Totale</b>	10	114,25	100%	10	110,62	100%

**Tableau n°19 : Le total du niveau d'anxiété générale et d'état de l'échelle de Spielberger des sujets.**

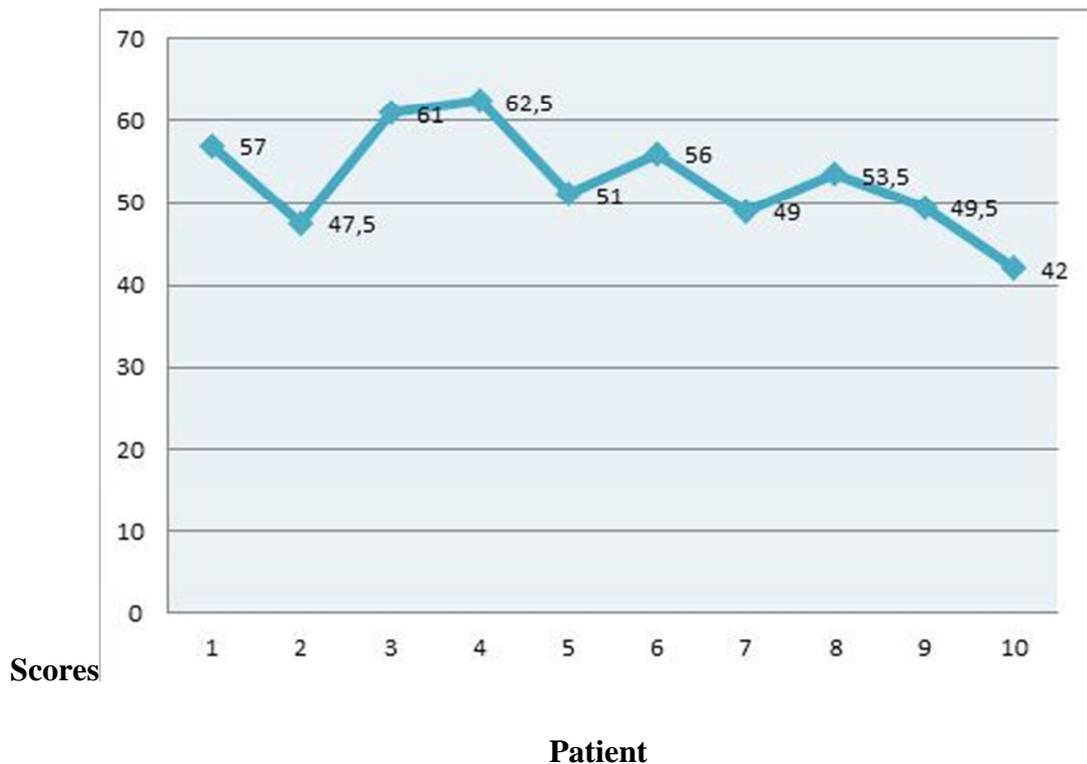
Pour obtenir les scores d'anxiété de Spielberger de chaque sujet, on a additionné les scores d'anxiété générale et d'état, dont l'ensemble est divisé sur deux, pour obtenir les scores d'anxiété des dix cas.

À partir de ce tableau, on a constaté que les sujets qui présente un niveau d'anxiété moyen, sont « 8 », dont le sujet « 1 » présente un score d'anxiété qui est de 57, le sujet « 2 » est de 47,5, le sujet « 5 » est de 51, le sujet « 6 » est de 56, le sujet « 7 » est de 49, le sujet « 8 » est de 53,5, le sujet « 9 » est de 49,5 et le sujet « 10 » est de 42 points. Ces scores représentent un même pourcentage dans les échelles (anxiété générale et anxiété d'état) qui est de 80% dont la moyenne est de 52,75 dans l'anxiété générale et 48,62 dans l'anxiété d'état.

En effet, il ya deux sujets qui présentent un niveau d'anxiété sévère, dont le sujet « 3 » avec un score de 61, et le sujet « 4 » 62,5 points, ce qui représente aussi un même pourcentage dans les deux échelles qui est de 20%, dont la moyenne, est de 61,5 dans l'anxiété générale et 62 dans l'anxiété d'état.

Ces résultats indiquent un taux d'angoisse sévère. Ces deux sujets présentent des difficultés d'adaptation aux traitements et du stress ce qui favorise l'apparition de différents troubles psychologique.

Par contre, on ne trouve aucun sujet qui présente un niveau d'anxiété naturelle ( normale), dans les deux échelles d'anxiété générale et d'état de Spielberger.



**Courbe présentant la différence de taux d'anxiété chez les personnes hémodialysées.**

À partir de ce graphe, on remarque que les sujets présentent un taux d'angoisse important et cela est dû à plusieurs facteurs comme le sentiment d'être dépendant à une machine.

Le taux d'angoisse diffère d'un sujet à un autre, on remarque aussi que les sujets « 3 » et « 4 » présentent un taux sévère par rapport aux autres qui est dû aux complications rencontrées durant leur traitement et le sentiment d'inutilité qui les laisse indifférents par rapport aux autres personnes.

### **II. Discussion des hypothèses:**

Au cours de notre recherche, on a pu évaluer le niveau d'angoisse chez notre population d'étude atteinte d'insuffisance rénale chronique dont leur vie dépend de la machine appelée la dialyse. Notre travail a aussi pour but de tenter de confirmer que l'hémodialyse a une influence négative sur leur état psychique.

Après la passation de l'échelle d'Anxiété de Spielberger sur nos dix cas de recherche, et après avoir récolté les résultats de l'échelle et calculer le score de chaque cas, nous pouvons vérifier nos hypothèses de la manière suivantes:

L'hypothèse générale consiste en « Les personnes hémodialysées présentent des angoisses liées à leurs états de santé actuels. » il nous semble qu'elle est confirmée chez tous les sujets, puisqu'ils se plaignent de leurs états qui engendrèrent de l'angoisse suite aux séances de dialyse, qui interfère sur leur qualité de vie et sur leur envie de continuer leurs séances qui les rend incapables. Grâce aux résultats des deux échelles d'anxiété générale et d'état de Spielberger et les informations précises qu'on a obtenu dans les entretiens avec les sujets.

En ce qui concerne la deuxième hypothèse partielle : « L'hémodialyse provoque chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique des réactions non adaptatives. » celle-là aussi nous semble qu'elle est confirmée grâce aux malaises qu'ils ont éprouvés durant l'entretien effectué.

Quant à la dernière hypothèse partielle qui est « Le degré de l'angoisse chez ces sujets hémodialysés dépend de leur souffrance ». On se référant aux données obtenues, nous avons remarqués que la souffrance de ses sujets est liée aux manifestations qu'ils éprouvent durant les séances du traitement.

L'insuffisance rénale chronique à un impact négatif sur le degré d'angoisse des sujets ce qui a engendré chez eux de différents symptômes comme des attaques de paniques et aussi d'un malaise très intense accompagné de symptômes physiologiques et de craintes tout ça est dû aux douleurs physiques et psychiques qui influencent le bien-être chez ces malades.

# *Conclusion*

## Conclusion

Dans ce présent travail sur l'angoisse chez les personnes hémodialysées, cette recherche nous a permis de répondre à certaines interrogations concernant l'hémodialyse et son influence négative sur le psychisme.

La prise en charge d'un patient en insuffisance rénale chronique nécessite un traitement complexe, un suivi médical spécialisé est essentiel, qui doit être dans l'idéal, centré sur le patient. L'impact de cette approche est important même s'il est encore peu évalué de manière objective en néphrologie.

Pour la vérification de nos hypothèses de recherche, on a opté pour des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique suivant le traitement d'hémodialyse aux Établissements publics hospitaliers de Sidi-Aich et de Kherrata à Béjaia, c'est ainsi qu'on a choisi la méthode clinique vu qu'elle est la seule qui convient avec notre thème de recherche et comme des outils d'investigations, on a opté pour un entretien semi-directif qui nous a permis de collecter de plusieurs données, avec nos sujets afin d'arriver à notre objectif qui est de confirmer nos hypothèses émises au début de cette recherche.

En effet, apprendre que l'on est atteint d'insuffisance rénale chronique terminale et que le traitement est à vie est souvent vécu comme un traumatisme psychologique, responsable d'un mal-être. Cette maladie et son traitement dur (l'hémodialyse) ont de graves répercussions sur la vie quotidienne des patients, notamment sur le plan psychique, physique, social et professionnel.

Comme on l'a déjà mentionné, cette recherche vise à clarifier modestement la complexité psychopathologique de l'insuffisance rénale chronique.

Notre objectif était donc de rendre compte de ses axes liés: l'insuffisance rénale chronique, l'hémodialyse et l'angoisse. Et on a déduit que l'hémodialyse a une influence déterminée sur l'angoisse des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique qui est altérée qu'à cette maladie et son traitement.

Cette étude nous a permis d'aboutir à un certain nombre de remarques comme : l'angoisse touche indifféremment les personnes hémodialysées, et que le taux d'angoisse varie d'une personne à une autre.

Les observations et les remarques que nous avons recueillies sur notre terrain d'étude nous offre l'opportunité de soulever quelques suggestions :

❖ Pour la famille des personnes hémodialysées : Le soutien et l'encouragement familial peu diminuer le taux d'anxiété chez ses sujets.

❖ Pour les chercheurs : de multiplier leurs efforts et leurs recherches sur les troubles psychologiques que présente la personne hémodialysée pour apporter plus d'éclaircissements sur cette recherche.

Nous espérons à travers ce modeste travail contribuer à faire la lumière sur le thème «Anxiété chez les personnes hémodialysés» et d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles sur le plan théorique et pratique pour d'autres recherches ultérieures et nous souhaitons que ce travail s'accompagne d'une vision plus humaine et plus compatissante dans la pratique.

Enfin, on peut dire que cette recherche reste une bonne expérience pour nous, à travers laquelle on a appris beaucoup de choses sur de différents plans : pédagogique, humain, personnel et professionnel, comme on est arrivé à réaliser notre objectif tracé au début de notre étude.

Il reste à dire que même si on est arrivé à ces résultats, mais notre sujet de recherche permet d'autres ouvertures sur d'autres recherches :

Est-ce qu'il y aura d'autres traitements à l'avenir en dehors de l'hémodialyse pour cette pathologie est si c'est le cas, est-ce que les gens atteints de cette pathologie chronique éprouveront de l'anxiété comme ils l'ont actuellement ? et peut-être qui pourrait l'éliminer définitivement ?

# *Bibliographie*

## Dictionnaire

- 1- Bloch, H et Al. (1992). *Le grand dictionnaire de la psychologie*. Paris, édition Larousse.
- 2- François, J. (2007) . *Dictionnaire des maladies à l'usage des professions de santé* . Paris, édition Maloine.
- 3- Le Grand Robert de la langue française. (2001). (2<sup>ème</sup> éd.). Le Robert.
- 4- Ybert, E. (2004). *Le Petit Larousse de la médecine*.
- 5- Naudin, C. , & Grumbach, N. (2000). *Larousse Médical*.
- 6- Sillamy, N. (1998). *Dictionnaire français*. Paris, édition Larousse.
- 7- Quevauvillier, J. (2009). *Dictionnaire Médical*. (6<sup>ième</sup> éd.). Italie, édition Masson.

## Ouvrages

- 8- Aktouf, O. (2006). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des Organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*. Québec, édition Chicoutimi.
- 9- Angers, M. (1994). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Alger, édition Casbah.
- 10- Assoun, P. (2006). *Leçon psychanalytique sur l'angoisse*. (3<sup>ième</sup> éd.). Econoica .
- 11- Beaud, M. (2006). *L'art de la thèse*. Paris, édition la découverte.
- 12- Boubchir, A. (1996). *Monographie sur l'insuffisance rénale chronique*. Alger.
- 13- Boubchir, A. (2004). *Monographie sur l'insuffisance rénale chronique* . Alger.
- 14- Chahraoui, Kh. , & Benony, H. (1999). *L'entretien clinique*. Paris, Dunod.
- 15- Chahraoui, Kh. , & Benony, H. (2003). *Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris, édition Dunod.
- 16- Chilland, C. (1983). *Entretien clinique* . Paris.
- 17- Clero, J.P. (2002). *Le vocabulaire de Lacan*. Paris, édition ellipses.

## Liste bibliographique

---

- 18- Cottraux, J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives*. (4<sup>ième</sup> éd.). Paris, édition Masson.
- 19- Daco, P. (1973). *Les prodigieuses victoires de la psychologie*. Belgique, édition Marabout.
- 20- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Paris, édition Delachanv et niestlé.
- 21- Delourme, A. , & Edmond, M. (2004). *Pratiquer la psychothérapie*. Paris, édition Dunod.
- 22- De Saussure, R., Ricœur, P., Eliade, M., Schuman, R., Calogero, G., & Mauriac, F. (1953). *L'angoisse du temps présent et les devoirs de l'esprit*. Genève.
- 23- Elanie, N. (1999). *Anatomie et physiologie humaines : renouveau pédagogique*.
- 24- Moulin, B. , & Peraldi, M.N. (2007). *Néphrologie : Collège universitaire des enseignants de néphrologie*. (3<sup>ième</sup> éd.). France, édition Ellipses.
- 25- Neil, A. , & Rector, Ph. (2010). *La thérapie Cognitivo comportementale*. Canada, édition Camh.
- 26- Olmer, M. (2007). *Vivre avec une maladie des reins : dialyse et transplantation rénale*. Lion.
- 27- Orestti, A. (1985). *Les reins : les glandes endocrines* . Montréal.
- 28- Organisation mondiale de la Santé (OMS), CIF, *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé*. (2011). Genève.
- 29- Palazzolo, J. (2007). *Dépression et anxiété : Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge*. Paris, édition Masson.
- 30- Pallot, J.L. , & Augendre, L. (2007). *Travaux pratiques, Traitement de l'Insuffisance Rénale : HDI et HFVVC*. édition Montreuil.
- 31- Publication Manuel of the American Psychological Association.(2010). (6<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- 32- Querin, A. , & Valiquette, L. (2004). *La néphrologie et l'urologie*. édition Edisme.
- 33- Quiern, H. (2000). *Vocabulaire de la psychanalyse*. France, édition PUF.

- 34- Quindoiz , J.M. (2002). *La solitude apprivoisée*. (2<sup>ème</sup>éd.). édition PUF.
- 35- Quivy, R. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. (3<sup>ième</sup> éd.). Paris, édition Dunod.
- 36- Rat, A. (2004). *La maladie chronique : attentes des patients et des professionnels*. Paris .
- 37- Rusinek, S. (2006). *Soigner les schémas de pensée*. Paris, édition Dunod.
- 38- Sarron, C. , & Vera, L. (2004). *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*. (2<sup>ième</sup> éd.). Paris, Dunod.
- 39- Tribolet, S. (2000). *Guide pratique en psychiatrie*. (5<sup>ième</sup> éd.). Heures de France.

### Thèses de doctorat :

- 40- Jean, M. (2012). *L'angoisse dans la clinique de Freud et Lacan, et la dimension structurelle et la place de l'angoisse*. Le Mirail, Université Toulouse 2.
- 41- Le Goff, I, (2009). *Passage à l'acte et angoisse paroxystique : interrogation psychocriminologie*. Université rennes 2.
- 42- Patoizeau, F.(2007). *L'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à l'amélioration de symptômes de maladies chroniques*. Paris.

### Articles

- 43- Baumelou, A. (2003). *Insuffisance rénale chronique*. Encycl Méd Chir. Paris, Elsevier, SAS, AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 5-0550, 8 p.
- 44- Passerieux, C. (1998). *Troubles anxieux et névrotiques*. Encycl Méd Chir .Paris, Elsevier, Encyclopédie Pratique de Médecine, 7-0150, 10 p.
- 45- Mercadal, L., Martinez, F., & Petitclerc, T. *Insuffisance rénale aiguë*. Encycl Méd Chir. Paris, Elsevier, Encyclopédie Pratique de Médecine, 5-0480, 1998, 6 p.

### Revues

- 46- Minster, Ph. (septembre 2003). *Association Française des Infirmier(e)s de*

*Dialyse, Transplantation et Néphrologie*. N° 67, 56 pages. [www.afidtn.com](http://www.afidtn.com).

- 47- Médecine thérapeutique. (Août-Septembre 1998)Revue : *Insuffisance rénale terminale*  
Volume 4, Numéro 7, 553-5.
- 48- Bouabka, A. (16 Septembre 2009).*13000 Algériens souffrant d'insuffisance rénale*. La tribu.
- 49- Ledey, D. Mette, C & Gagnayre, R.(2006).*Education du patient et enjeux de santé*. vol 24,  
N° 1 ,31 pages.
- 50- Radermacher, L. (2004).*Guide pratique d'hémodialyse*.
- 51- Reins-Echos. (Septembre 2011). *Association : la ligue rein et santé*. N° 10, 57 pages.
- 52- Canaud, B. , Moragues, H.L. , Bosc J.Y. , & Mion, C. Encyclopédie médico-  
chirurgicale18- 063-B-20, 14 pages.

## **Journaux :**

- Kourta, D. (28 avril 2013). Santé – Maladie - Insuffisance Rénale. El Watan,
- Grimault, M. (2013). Le rôle du psychologue dans l'accompagnement en éducation thérapeutique du patient en néphrologie. *Journal de Pharmacologie Clinique*, 29(2), 93-7 publié le 07.03.2013 | Mise à jour le 11.06.2013 | Par Laurent Panes.
- Insuffisance rénale en Algérie : un plan d'action 2011 – 2014 bientôt opérationnel. El Moudjahid (APS). (26.01.2011).

## **Web graphie :**

- ([http://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/sa\\_518\\_i\\_renale\\_aigue.htm](http://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/sa_518_i_renale_aigue.htm)). (consulté le 03/11/ 2013 à 14 :20).
- (<http://sante.lefigaro.fr/sante/maladie/insuffisance-renale-aigue/quel-traitement>) Consulté le (30/04/2014 à 11 : 40).
- <http://www.lefaitmedical.ch/fr/articles/l-angoisse-17-69>.
- [http://www.hypnose-fr.com/traiter\\_angoisse.php](http://www.hypnose-fr.com/traiter_angoisse.php).

## Liste bibliographique

---

- [http://fr.wikipedia.org/wiki/Entretien\\_semi-directif](http://fr.wikipedia.org/wiki/Entretien_semi-directif).
- <http://www.cnrtl.fr/definition/angoisse>.
- [www.camh.ca/fr/hospital/health\\_information/a\\_z\\_mental\\_health\\_and\\_addiction\\_informtin/anxiety\\_disorders/anxiety\\_disorders\\_information\\_guide/Pages/anxiety\\_anxiety\\_disorders.aspx#normale](http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_informtin/anxiety_disorders/anxiety_disorders_information_guide/Pages/anxiety_anxiety_disorders.aspx#normale). Consulté le (28 /03/2014 à 17:34).
- ([http:// www. Inserm. fr/ Insuffisance -rénale](http://www Inserm. fr/ Insuffisance -rénale)). Consulté le (15/03/ 2014 à 10 : 22).
- ([http : // santé. Canos. Ca/ condition\\_info\\_détails. Asp ? channel\\_id= 0& relation](http : // santé. Canos. Ca/ condition_info_détails. Asp ? channel_id= 0& relation)). Consulté le (01/ 04/ 2014 à 09 : 25).

# *Liste des Annexes*

## *Annexe « A »*

### *Guide d'entretien*

#### **Ier axe : Informations personnelles**

- Nom et prénom :
- Age :
- Niveau d'étude :
- Situation professionnelle :
- Situation familiale :

#### **IIème axe : Information sur la maladie (L'insuffisance rénale chronique) et son traitement :**

- Pouvez-vous me dire depuis quand vous avez cette maladie ?
- A quel âge votre maladie est diagnostiquée ?
- Quelle est votre réaction envers cette maladie ?
- Quelle est votre réaction après la première séance d'hémodialyse ?
- Pouvez-vous me dire comment vous avez réagi au traitement par hémodialyse ?
- Pensez-vous que c'est difficile de vivre avec une telle maladie ?
- Est-ce que vous suivez un régime ? Si c'est oui, est-ce que vous rencontrez des difficultés ?
- Est-ce que des fois vous pensez que cette maladie est un obstacle dans votre vie ?
- Vous êtes le seul malade des reins dans la famille ?
- Qu'est-ce que vous en pensez de cette maladie ?
- Est-ce que vous préférez rester seul ou toujours accompagner ?

- Est-ce que vous arrivez à accepter votre maladie ?
- Que devez-vous faire pour gérer votre maladie et son traitement ?

### **IIIème axe : Information sur l'angoisse**

- Comment vous vous voyez par rapport aux autres?
- Est-ce que vous éprouvez des sensations d'angoisse et que représente pour vous ce trouble?
- Pouvez-vous me décrire votre état psychique depuis votre maladie ?
- Comment vous faites pour gérer votre situation ?
- Abordez-vous ce trouble devant votre entourage ?

### **IVème axe : Information familiale et sociale**

- Qu'elle est la réaction de votre famille face à cette maladie chronique ?
- Avez-vous le sentiment d'être rejeté par votre société à cause de cette maladie ?
- Est-ce que ça vous gêne qu'on vous traite comme un malade ?
- Pouvez-vous me parler de votre relation avec votre entourage, avant et après ?

## Annexe « B »

# Échelle d'anxiété générale de Spielberger

*Par Nathalie Crépin et Florence Delerue*

Cette échelle évalue votre anxiété dans la vie en générale, et se réfère à l'anxiété trait. C'est une disposition stable de la personnalité.

### **Instruction :**

« Ci-après figurent un certain nombre de déclarations que les gens utilisent pour se décrire. Lisez chaque des énoncés et cochez dans la case appropriée de droite ce qui convient le mieux à la façon dont vous vous sentez **en général** ».

Il n'existe ni bonne ni mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur chacun des points, mais donnez la réponse qui semble décrire le mieux ce que vous ressentez **généralement**.

1	Je me sens dans de bonnes dispositions	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
2	Je me sens nerveux et agité	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
3	Je suis content de moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
4	Je voudrais être aussi heureux que les autres semblent l'être	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
5	Je me sens un raté	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours

## Liste des annexes

6	Je me sens paisible	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
7	Je suis calme, détendue et de sang froid	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
8	J'ai l'impression que les difficultés se multiplient à un point tel que je ne peux les surmonter	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
9	Je m'inquiète trop à propos de choses qui n'en valent pas la peine	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
10	Je suis heureux	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
11	J'ai des pensées qui me tourmentent	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
12	Je manque de confiance en moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
13	Je suis sûr de moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
14	Je prends facilement des décisions	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
15	Je ne me sens pas à la hauteur	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
16	Je suis content	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
17	Des pensées sans importance me trottent dans la tête et me tracassent	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
18	Je ressens les contretemps si fortement que je ne peux les chasser de mon esprit	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
19	Je suis quelqu'un de calme	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours

## Liste des annexes

20	Je suis tendu ou agité dès que je réfléchis à mes soucis et problèmes actuels	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
----	---	----------------	---------	---------	------------------

### Échelle d'anxiété générale de Spielberger WWW.irbms.com

#### Cotation :

Pour pouvoir évaluer votre niveau d'anxiété il vous suffit de :

➤ Compter **1** point pour la réponse « **Presque jamais** », **2** points pour la réponse « **Parfois** », **3** points pour la réponse « **Souvent** » et **4** points pour la réponse « **Presque toujours** » pour les questions : **2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 18, 20.**

➤ Compter **4** points pour la réponse « **Presque jamais** », **3** points pour la réponse « **Parfois** », **2** points pour la réponse « **Souvent** » et **1** point pour la réponse « **Presque toujours** ».

Puis faites le totale de vos point.

➤ Chez les femmes la moyenne est de **47, 13.**

➤ Chez les hommes la moyenne est de **39, 27.**

Si vous êtes au-dessus de cette moyenne, vous avez une personnalité anxieuse. Au plus, votre score est élevé au plus vous présentez une anxiété importante.

➤ Chez les hommes, si vous dépassez le score de **51** points, vous êtes très anxieux et ceci interfère sur votre qualité de vie.

➤ Chez les femmes, si vous dépassez le score de **61** points, vous êtes très anxieuse et ceci interfère sur votre qualité de vie.

## *Annexe « C »*

### *Échelle d'anxiété d'état de Spielberger*

*Par Nathalie Crépin et Florence Delerue*

L'Échelle d'Anxiété-Etat évalue les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent au moment de la situation anxiogène ou de la situation de compétition.

Cette échelle est donc un indicateur des modifications transitoires de l'anxiété provoquée par des situations aversives ou thérapeutiques, la compétition peut être une situation génératrice d'anxiété.

Cette échelle mesure donc l'anxiété éprouvée par le sujet pour une situation de compétition.

**Imaginons la situation suivante** : dans quelques instants, vous allez participer à une compétition dont le résultat est particulièrement important pour vous et la suite de votre carrière.

« Ci-après figurent un certain nombre de déclarations que les gens utilisent souvent pour se décrire. Lisez chacun des énoncés et cochez dans la case appropriée de droite ce qui convient le mieux à la façon dont vous vous sentez maintenant avant cette compétition ».

« Il n'existe ni bonnes ni mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur chacun des points, mais donnez la réponse qui semble décrire le mieux ce que vous ressentez dans cette situation. Répondez à toutes les questions et ne cochez qu'une case pour chacune d'entre elles ».

A présent, répondez à la liste suivante par : **Pas du tout, Un peu, Modérément, Beaucoup.**

## Liste des annexes

1	Je me sens calme	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
2	Je me sens sûr de moi	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
3	Je suis tendu	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
4	Je me sens contraint	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
5	Je me sens à mon aise	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
6	Je me sens bouleversé	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
7	Je m'inquiète à l'idée de malheurs possibles	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
8	Je me sens satisfait	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
9	J'ai peur	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
10	Je me sens bien	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
11	J'ai confiance en moi	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
12	Je me sens nerveux	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
13	Je suis agité	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
14	Je me sens indécis	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
15	Je suis détendu	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
16	Je suis content	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
17	Je suis inquiet	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup

## Liste des annexes

		tout	peu	ment	
18	Je me sens troublé	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
19	Je me sens stable	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup
20	Je me sens dans de bonnes dispositions	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beaucoup

Comment évaluer votre anxiété avant une compétition ?

Pour se faire il vous suffit de :

➤ Compter **1** point pour la réponse « **Pas de tout** », **2** points pour la réponse « **Un peu** », **3** points pour la réponse « **Modérément** » et **4** points pour la réponse « **Beaucoup** ». Pour les questions **3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18**.

➤ Comptez **4** points pour la réponse « **Pas de tout** », **3** points pour la réponse « **Un peu** », **2** points pour la réponse « **Modérément** » et **1** point pour la réponse « **Beaucoup** ». Pour les questions **1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20**.

Puis faites le total de vos points.

➤ Chez les femmes la moyenne est de **42** points.

➤ Chez les hommes la moyenne est de **37** points.

Si vous êtes au-dessus de cette moyenne, la situation de compétition génère une anxiété importante. Au plus votre score est élevé au plus cette situation de compétition est vécue de façon anxiogène.

➤ Chez les hommes, si vous dépassez le score de **48**, votre anxiété interfère sur les performances compétitives.

➤ Chez les femmes, si vous dépassez le score de **55**, votre anxiété interfère sur les performances compétitives.

## Résumé

La maladie chronique ou l'insuffisance rénale n'est pas un synonyme des troubles psychiques, cependant tout le monde n'est pas capable de réagir et de gérer sereinement le traumatisme que représente forcément un traitement aussi astreignant que l'hémodialyse.

Tout le monde s'accorde à reconnaître que l'hémodialyse est un traitement difficile à supporter par ses contraintes de temps et d'horaires, par la fatigue qu'il entraîne, par sa dépendance vis-à-vis du corps médical... etc. Il reste évident que la meilleure façon de l'aborder est la prise en charge personnelle de son traitement par le malade afin de permettre la meilleure adhésion possible au traitement.

Comme il assure une vie plus facile, il n'entraîne pas une guérison définitive. Les conséquences psychologiques de la maladie chronique sont toujours présentes, sans oublier, pour certains, les perturbations provoquées par la présence d'un organe étranger qui provoque l'augmentation du taux d'angoisse chez eux.

En effet, les malades rénaux rencontrent souvent les mêmes problèmes, mais ne les résolvent pas tous de la même façon, selon leur âge, leur milieu social ou leur personnalité. Le retentissement d'une maladie chronique sur le physique entraîne parfois des modifications du caractère et du comportement rendant les relations avec l'entourage difficiles.

Toutefois, cela ne peut pas se faire par tout le monde, pour aider le patient à mobiliser ses compétences, ou l'éducation thérapeutique s'avère fondamentale. D'une manière générale, cette éducation vise à permettre au patient et à son entourage proche de comprendre la maladie et les traitements. Elle favorise la collaboration aux soins entre eux et les soignants.

Il est toujours difficile d'aborder ces problèmes psychiques sans provoquer des réactions plus ou moins négatives. Pourtant, beaucoup d'événements dans la vie nécessiteraient une prise en charge psychologique, ce qui permettrait probablement de rendre beaucoup plus aisée la résolution de certains problèmes.

On constate dans ce présent travail que plus les personnes hémodialysées rejettent la nécessité de l'aide d'un psychologue, plus ils en avaient besoin!

**Mots clé : Angoisse, Insuffisance rénale chronique, Hémodialyse.**