



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

*Université Abderrahmane mira de Bejaia  
Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
Département des Sciences Sociales*

*Mémoire de fin de cycle*

**En vue de l'obtention du diplôme Master en Psychologie  
Option : Psychopathologie Clinique**

**Thème**

# **Le degré de désespoir des hémodialysés**

**Étude de six cas au niveau du CHU Frantz FANON et  
de l'EPH Rameau d'Olivier de Bejaia**

*Réalisé par*

**AZZOUG KAKOU**

**BENSADI LYNA**

*Dirigé par*

**Dr MEKHZEM**

**Année universitaire 2019/2020**

# *Remerciements*

*Tout d'abord, nous remercions Dieu le tout puissant, de nous avoir donné courage, la patience et la volonte afin d'aboutir à l'accomplissement de ce travail.*

*En second lieu, nous tenons à remercier avec profonde gratitude notre honorable encadreur Madame KahinaMekhzem, pour ses précieux conseils et son aide durant toute la période du travail et surtout sa patience.*

*Nos remerciements les plus sincères à l'ensemble des enseignants du département des sciences sociales. Qui nous ont fourni les outils nécessaires à la réussite de nos études universitaires.*

*On tient également à exprimer un grand remerciement pour les patient h émodialyser qui ont contribué à la réalisation de ce travail*

*Nous remercions aussi tout le personnel médical de la clinique privé RAMEAU D'OLIVIER de BEJAIA pour leur soutien et leur sympathie.*

*Et aux personnelle du service néphrologie de l'hôpital Frantz Fanon de Bejaia, et sur tous la psychologue du service madame Berghouth.*

*Finalement nous remercions tous ce qui ayant participés de pr êt ou de loin à la réalisation de ce travail*

# *D édicaces*

- *Je tiens à d édier ce modeste travail à ceux qui me sont tr ès chers  
D'abord à mes parents qui m'ont donné la vie et l'amour et qui  
m'ont soutenu tout au long de mon cursus  
estudiantin, je les remercie infiniment.*
  - *A mon fr ère : Adem*
- *A mes chères sœurs Amal, Ahlem, Afaf, Ilhame, Amira, Celina,  
Chayma.*
- *A toute ma famille paternelle et maternelle sans exception.*
  - *Sans oublier mes amis auxquels j'exprime une grande  
reconnaissance Mahdi, Fouzia, yanis, Oussama, Mounia, NaWal,*
- *A tous ceux qui m'aiment et me connaissent de près ou de loin à  
la r éalisation de ce travail.*

*Kakou Azzoug*

# *D édicaces*

- *Je tiens à d édicier ce modeste travail à ceux qui me sont tr ès chers*

*D'abord à mes parents qui m'ont donné la vie et l'amour et qui m'ont soutenu tout au long de mon cursus estudiantin, je les remercie infiniment, et à la m émoire de mon grand-p ère et mon cher oncle « Rabah » et ma tante.*

- *A mon fr ère : Massily*
- *A ma petite sœur Amina*
  - *A mon mari*
- *A toute ma famille paternelle et maternelle sans exception.*
  - *Sans oublier mes amis auxquels j'exprime une grande reconnaissance Fouzia, Mounia, NaWal, Tina.*
- *A tous ceux qui m'aiment et me connaissent de près ou de loin à la r éalisation de se travail.*

*Lyna Bensadi*

## **Liste des abréviations :**

(DP) Dialyse péritonéale

(DPA) Dialyse péritonéale automatisée

(DPC) Dialyse péritonéale continue

(IRA) Insuffisance rénale aiguë

(IRC) Insuffisance rénale chronique

(IRT) Insuffisance rénale terminale

# Table des matières

Remerciements et d'édicaces

Liste des abr éviations

Table des mati ères

Liste des tableaux

Liste des figures

Choix de th ème

Introduction

Probl ématique

## Chapitre I : aspect médicale. L'hémodialyse

1-d éfinition du rein. ....	08
2-les principes fonctions du rein. ....	08
3-l'insuffisance rénale. ....	09
4- types d'insuffisance rénale. ....	10
4-1-définition d'IRC. ....	10
4-1-1-les sympt ômes de IRC. ....	10
4-1-2-les causes d'IRC. ....	11
4-2-insuffisance rénale aigue IRA. ....	11
4-2 définitions d'IRA. ....	11
4-2-1-les sympt ômes d'IRA. ....	11
4-2-2-les causes d'IRA. ....	12
5-la classification de l'insuffisance rénale chronique. ....	12
6- historique de la dialyse. ....	12
7-h émodialyse. ....	13
8- les types d'hémodialyse. ....	13
8-1-l'hémodialyse périodique. ....	13
8-2-l'hémodialyse péritonéale. ....	13
9-Incidents au cours d'une séance d'hémodialyse	14
10- déroulement d'une s éance d'hémodialyse. ....	14

11- Transplantation rénale. ....	15
12-générateur. ....	16
13-rein artificiel ou dialyseur. ....	16
14- le dialysat. ....	16
15- histoire de la dialyse. ....	17
16-l'insuffisance rénale en Algérie. ....	17

## **Chapitre II : Aspect psychologique de la dialyse**

1-l'annonce de la maladie. ....	19
2-la prise en charge psychologique des patients hémodialyse	19
3- le bouleversement de l'image corporelle -----	19
4- la qualité de vie des patients hémodialysés -----	20
5- la relation du couple. ....	20
6-la vie sociale et familiale. ....	21
7-la sexualité de la personne dialysée. ....	21
Conclusion du chapitre. ....	21

## **Chapitre III : Le désespoir**

1-Définition des émotions. ....	23
2-Les facettes constitutive d'une émotion	24
3- Les émotions positives et les émotions négatives -----	24
4- Les expressions des émotions. ....	25
4-1-Expression non verbal. ....	25
4-2-L'expression verbale. ....	25
4-3-L'expression comportementale. ....	26
5-Les troubles émotionnels. ....	26
6-Trouble de l'humeur. ....	26
7-Définition du désespoir. ....	27
8-Les trois stades du désespoir selon Kierkegaard	27
9-Les symptômes du désespoir. ....	27
10-Les facteurs du désespoir. ....	28
11- La théorie de Beck sur le désespoir. ....	29

12-Le traitement du d'ésespoir. ....	29
13-D éfinition du recadrage. ....	29
13-1-Les éléments important dans l'anamnèse du recadrage-----	30
13-2-Les objectifs du recadrage. ....	30
13-3-Les étapes du recadrage. ....	30
14-Les mauvaises mani ères de faire face au d'ésespoir	31
14-1-Laisser toute la place aux émotions -----	31
14-2-S'isoler des autres. ....	31
14-3-L'alcool et la drogue. ....	31
15- Le suicide. ....	32
15-1-D éfinition du suicide. ....	32
15-2-Les facteurs de risques. ....	32
Maladie physique. ....	32
15-3-Facteurs physique. ....	32
15-4-Facteurs psychologique. ....	33
15-5-Facteurs environnementaux. ....	33
15-6-Les facteurs protecteurs. ....	33
16-Aide psychologique. ....	34
Conclusion. ....	35

## Chapitre IV : Chapitre m éthodologique

1) Démarche de la recherche et population d'étude-----	38
1. La pr é-enqu ête. ....	38
2. La m éthode clinique. ....	38
3. Le lieu de la recherche. ....	39
2- Le groupe d'étude : . ....	41
2 1-sélection de notre groupe d'étude. ....	41
A)- critères d'homogénéité retenue. ....	41
B)- Crit ères non-pertinents de s élection. ....	42
.Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe d'étude -----	42
3- les techniques utilis ées. ....	44

L'entretien clinique .....	44
3-1-1-Entretien clinique semi-directif .....	45
3-2Le guide d'entretien .....	46
3-3-Échelle de désespoir de Beck (Beck Hopelessness Scale ou BHS	47
4- Les difficultés du terrain .....	50
Conclusion .....	51

## Chapitre V : Discussion et analyse des hypothèses

1-1-présentation des dimensions de l'analyse de l'entretien -----	53
Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique : -----	54
1) Tableau représentatif de la santé physique des cas -----	54
2) Tableau représentatif de la santé psychologique des cas -----	56
3) Tableau représentatif des caractéristique de relation d'objet et de vie sexuelle :	
Présentation et analyse des résultats de l'échelle de désespoir « hopelessness	
scale »: .....	58
Graphique récapitulatif des notes obtenues par le test	60
Résultat de l'échelle de Beck (désespoir « hopelessness scale ») sur nos cas -----	61
Discussion des hypothèses .....	62
<b>Conclusion générale -----</b>	<b>65</b>
<b>Liste bibliographique -----</b>	<b>68</b>
<b>Annexes -----</b>	<b>71</b>
<b>Glossaire -----</b>	<b>75</b>

## La liste des tableaux

Tableau n °01	Classification de l'insuffisance rénale. -----	12
Tableau n °02	Incidents au cours d'une séance d'hémodialyse-----	14
Tableau n °03	Les émotions positives et les émotions négatives. -----	24
Tableau n °04	Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche.	42
Tableau n °05	Tableau récapitulatif de la santé physique des cas -----	54
Tableau n °06	Tableau récapitulatif de la santé psychologique des cas -----	56
Tableau n °07	Tableau représentatif des caractéristiques de relation d'objet et de vie sexuelle. ....	58
Tableau n °08	Résultat de l'échelle de Beck sur nos cas -----	61

## Liste des figures

Figure n °01 : un rein en coupe.	_____	09
Figure n°02 : déroulement d'une séance d'hémodialyse.		15
Figure n°03 : les facettes constitutives d'une émotion -----		24

## *Choix de thème*

L'intérêt de ce travail est qu'il nous a permis de nous rapprocher de l'un des grands problèmes de santé que rencontre notre pays depuis longtemps et pour lequel nous avons choisi ce thème à la disponibilité de lieu de stage, et aussi il possède assez d'information pour l'étudier, il joue un rôle central dans la société, au cours des dernières années plus d'attention a été accordée sur ce sujet qui offre de nouvelles perspectives sur qui comprend la relation entre la psychologie et la médecine. On a décidé d'orienter notre mémoire sur la prise en charge des patients. Ainsi vais-je expliquer en quoi consiste mon travail de psychologue clinicienne, pourquoi et comment on se retrouve en dialyse, qu'est-ce que cela implique et quelles sont les nombreuses contraintes, «pertes» et douleurs morales du dialysé.

# **Introduction**

### Introduction

Au cours de sa vie l'être humain est toujours confronté à des événements et des expériences bonnes et mauvaises qui s'exercent une influence majeure sur lui tel que les maladies chroniques, ces dernières sont sources de différentes perturbations physiques et psychiques qui le pousse à perdre l'espoir dans la vie.

La maladie chronique est une affection sur une longue période avec une prise en charge spécifique, peut accompagner un patient depuis toujours et être une part de sa vie complètement intégrée à ses représentations du monde et de lui-même, elle peut aussi bien apparaître brutalement chez un sujet, les conséquences psychologiques ne sont évidemment pas les mêmes souvent le moment et la façon dont cette maladie entre dans la vie du patient.

Parmi ces maladies, l'insuffisance rénale, qui est une atteinte progressive importante et définitive de la fonction rénale, toutes les maladies rénales et celles qui touchent la fonction des reins peuvent évoluer vers l'insuffisance rénale chronique, la fonction rénale peut être suppléée par la dialyse ou la transplantation, on voit que le nombre des personnes atteintes de cette maladie est toujours en augmentation.

L'hémodialyse est l'un des moyens de suivre le patient atteint d'une insuffisance rénale chronique terminale qui représente l'entrée dans un mode de vie nouveau frustrant caractérisé par une série d'événements stressants physiques et psychiques sur tout pendant la séance d'hémodialyse où le patient ressent un malaise psychologique qui affecte leur humeur.

Le nombre des personnes atteintes de cette maladie est toujours en augmentation, En Algérie, on compte environ 24000 insuffisants rénaux (IRC) dont 18 mille sont des enfants moins de 16 ans liés à la filtration du sang et dans environ 400 centres d'hémodialyse au niveau national et 860 personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique terminale traitées par la dialyse péritonéale, on trouve 300 cas en transplantation rénale en fin la société enregistre plus de 4000 nouveaux cas chaque année. ( SANDET, octobre 2019)

Cette maladie chronique par sa gravité et sa chronicité bouleverse la vie du patient sur différents plans la ou l'état psychique du patient ses interrogations relatives à sa santé son avenir, qui va le guider vers le désespoir ou le sujet subit un choc émotionnel un déséquilibre familial il va vivre dans un monde de solitude de profonde tristesse, une dépression, sentiment de culpabilité, cette souffrance peut

lui poussés vers des comportements agressifs et même avoir des idées suicidaires qui l'accompagnent souvent.

Notre recherche qui porte sur le degré de désespoir des personnes hémodialysées réalisée auprès d'une population d'étude de 30 cas de tout âge pris dans les services hémodialyse de l'hôpital Frantz Fanon et la clinique Rameau d'Olivier Bejaïa a l'avis des moyens d'investigation que nous avons choisis d'utiliser, l'entretien clinique et le questionnaire Beck Hopelessness Scale (BHS) de désespoir dans le but d'arriver à des résultats de mesure sur les différents degrés de désespoir de cette catégorie.

Dans cette dernière, on répartit cette étude en deux grandes parties, la première qui est la partie théorique, subdivisée en trois parties, premièrement, le cadre général de la problématique, chapitre 01 : l'aspect médical et psychologique de la maladie, chapitre 02 : le désespoir.

Pour la deuxième partie, qui est la partie pratique, elle se focalise sur : chapitre 03, la méthodologie de recherche, chapitre 04 : présentation et analyse des données et discussion des hypothèses.

Enfin on termine notre étude par une conclusion et une liste bibliographique et des annexes.

### Problématique :

L'être humain est une entité complexe et unique, et fonctionne par rapport à de différents volets : physique, psychique, sociale, économique, organique... etc. et c'est l'ensemble de ses volets qui forme de la personne son individualité et sa personnalité, chaque altération quel que soit dans le côté psychologique ou bien physique aura une réponse réactionnelle sur tout le corps, et chaque individu utilise ces propres mécanismes de défense afin de maintenir un équilibre de sa vie et pouvoir gérer ses altérations tragiques.

L'Organisation mondiale de la Santé OMS définit la santé comme étant « un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Donc la santé est l'un des droits fondamentaux de l'être humain et elle consiste en une santé physique qui est le bien-être organique de l'individu, ainsi une santé mentale qui se définit comme l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

L'organisme humain peut être touché par de nombreuses maladies qui peuvent être réparties sur différentes parties du corps humains, ces maladies peuvent être soit passagères ou bien chroniques c'est-à-dire qui persistent toute la vie.

La maladie chronique est définie pour l'OMS comme une affection qui touche le corps et qui dure une longue durée et qui évolue avec le temps, les maladies chroniques sont nombreuses et diverses, parmi ces maladies on a l'insuffisance rénale chronique et aiguë qui est une affection rénale qui touche toute catégorie d'âge, la particularité de ses symptômes silencieux, ce qui fait que la personne atteinte ne se rend pas vraiment compte de sa maladie jusqu'à son arrivée au dernier stade (finale ou terminale).

En effet, une fois que cette pathologie atteint le stade final, la personne malade doit passer en dialyse, qui est le traitement le plus indiqué, cette technique est définie comme « technique d'épuration sanguine, extra-rénale au moyen d'hémodialyseur qui fonctionnent sur un circuit de circulation extracorporelle » (Quevauvillers, 2009, p.432) le nombre des personnes traitées par cette technique est environ 24000 insuffisants rénaux, compté par la société algérienne de néphrologie dialyse et transplantation (SANDET), en octobre 2019, dont 18000 sont des enfants moins de 16 ans liés à la filtration du sang et dans environ 400 centres d'hémodialyse au niveau national et 860 personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique terminale traitées par la dialyse péritonéale,

on trouve 300 cas en transplantation rénale en fin la société enregistre plus de 4000 nouveau cas chaque année.

L'objectif de la dialyse de suppléer temporairement à la fonction rénale défaillante par un rein artificiel elle doit d'une part corriger ou prévenir les manifestations du syndrome urémique est de ces complications, d'autres part assurer de l'homéostasie jusqu'à la phase de récupération rénale. (boubchir, 1996)

Ce si incite un soutien psychologique rassuré Cette pathologie rénale peut être lourde et soudaine, bouleverse la vie du patient atteint de cette pathologie, elle influence sur sa vie sociale, économique et sur tous psychologique, l'un des aspects psychologique les plus altérés est l'aspect émotionnel.

L'émotion représente un élément fondamental de notre psyché, il joue un rôle dans le maintien de l'équilibre psychique, c'est un phénomène qui comprend un ensemble de sentiments et d'affection, complexe de l'état de l'esprit de l'être humain, elle est d'abord une situation interne provoquée par une excitation externe puis elle se transforme en réaction extérieure. les patients atteints de l'insuffisance rénale souffrent fréquemment de trouble émotionnel, car cette maladie est mal vécue par certains personnes atteints de cette dernière et elle détruit l'ordre naturel de la personne, ce qui pousse la personne à perdre espoir.

Ce dernier est essentiel à notre vie affective et c'est le sentiment excitant que l'on éprouve lorsqu'on croit à la possibilité d'un avenir meilleur, c'est une somme de la volonté et des moyens qu'un individu possède pour atteindre ses buts et ses objectifs et sur tous pour en sortir d'un état de détresse ou de mal-être.

Contrairement au désespoir qui est un sentiment d'incapacité et une impression d'impuissance et de pessimisme envers l'avenir, la personne désespérée met des limites face à la possibilité de se faire sortir dans une situation ou un événement difficile, ce dernier fait parti de notre vie il peut être un résultat d'une situation passée ou qui va passer dans l'avenir de la personne.

Donc on ne peut pas résumer la souffrance des personnes atteintes de l'insuffisance rénale à une souffrance somatique mais aussi mais aussi ils ont une fragilité psychique puisque ils savent qu'ils ne guérissent pas totalement mais ils ont juste des traitements palliatifs pour ce là ils sont stressés, désordonnés et même pessimistes et perdent espoir dans ce qui concerne leurs santé dans l'avenir.

Divers approches ont étudié cette pathologie sous différents angles (somatique, cognitive, comportementale), dans notre recherche on a préféré d'adopter l'approche cognitive comportementale qui a comme but d'expliquer la genèse, le développement et le maintien du problème des troubles ou de la souffrance (on

identifiant les relations causales avec les événements internes (cognitif) et les événements externes (comportement); elle cherche à mettre en évidence les lois des phénomènes observés de manière à pouvoir les faire varier, les maîtriser et les prédire dans des circonstances données, sa démarche diagnostique porte sur l'observation et l'évaluation des problèmes vécus, ici et maintenant, par le sujet ( dans notre recherche on s'est basé sur l'observation direct).

Dans la présente recherche, nous nous sommes intéressés à évaluer l'état émotionnel et le degré de désespoir chez les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique dans un stade finale, dans différents centres d'hémodialyse au niveau de la wilaya de Bejaia.

A partir de ces données concernant les hémodialysés et les données sur la théorie psychologique, on tentera de répondre aux questions suivantes :

- 1) Est-ce que le degré de désespoir des patients atteintes de l'insuffisance rénale et terminal dépend de la durée de dialyse ?
- 2) qu'elle est le degré de désespoir chez les personnes atteintes de l'insuffisance rénale ?

Les hypothèses :

- 1) les personnes qui souffrent de l'insuffisance rénale chronique ou terminal n'ont pas tous le même degré de désespoir il est différent d'un cas à un autre.
- 2) Les hémodialysés qui souffrent de cette maladie depuis plus de 5 ans sont plus désespérés que ceux qui ont moins de 5 ans de dialyse.

# **Partie th éorique**

*Chapitre I*  
**Le cot é m é d i c a l e**

**Pr éambule :**

La maladie rénale est une maladie silencieuse, c'est pour ce là que la maladie est généralement diagnostiquée dans un stade avancé, qui nécessite un traitement par dialyse, il s'agit de remplacer le rôle du rein par un rein artificielle appelée greffon, et ce traitement dure toute la vie, ce qui provoque un bouleversement sur le plan biologique et physique et aussi sur le plan psychologique.

**• L'hémodialyse : Aspect médicale :****1) Définition du rein :**

Les reins sont deux organes pairs qui sécrète l'urine, situés de chaque coté de la colonne vertébrale, au niveau des première vertèbres lombaire. Ils sont donc très postérieurs, encapsules dans une loge graisseuse, recouverts par le péritoine, qui les sépare des viscères. Leur forme est, grossièrement, celle d'un haricot avec un pôle supérieur recouvert d'une glande endocrine, la surrénale, un pôle inférieur et une dépression interne appelée hilum. C'est à ce niveau que passent les vaisseaux sanguins. (Claude, 1978, p.49)

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, 2007, p.15)

**2) Les principes fonction du rein:**

-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 hydro-électrolytique et acido-basique du sang).

-la sécrétion d'érythropoïétine, une hormone qui permet la maturation des globules rouges dans la moelle osseuse.

-la sécrétion de rénine, une enzyme servant à réguler la pression artérielle.

-la transformation de la vitamine D en sa forme active.

Un seul rein, pourvu qu'il soit sain, suffit à assurer la fonction rénale, ce qui explique la bonne qualité de vie des sujets subissant une néphrectomie (ablation d'un rein). (la rousse médicale, 2006, p.825).

## Schéma n°1 : un rein en coupe. (www.francerien.org)



### 3) L'insuffisance rénale :

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%. (Rader, marcher, 2004, p14)

On définit deux types d'insuffisance rénale :

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

## 4) Les types de l'insuffisance rénale :

### 4-1) Définition IRC :

L'insuffisance rénale chronique IRC apparait quand le taux de filtration de glomérulaire (FG) a chuté environ 20% de la normale. Le début est généralement lent et symptomatique, la progression se faisant sur plusieurs années.

L'IRC correspondant à une diminution progressive, dans le temps, du nombre de néphrons fonctionnels, elle ne devient, habituellement, manifeste, du point de vue clinique, que lorsque le taux de créatinine est inférieur à 30 ml/min. (ibid, p14)

#### 4-1-1) Les symptômes peuvent être variables, liés à :

La décompensation du fonctionnement du rein se fait silencieusement et progressivement, la personne malade généralement se rend pas compte de cette décompensation jusqu'au ou le rein commence à perdre presque toute la capacité de fonctionnement, cette maladie présente certains symptômes non spécifiques, mais aussi elle a des symptômes une fois la maladie est bien installée qui sont :

- Gonflement des pieds, des chevilles, des jambes ou des paupières (augmentation anormale de ces organes)
- Douleur à la miction (émission d'urine) et diminution du volume d'urine.
- Urine mousseuse, trouble ou de couleur foncée.
- Hypertension artérielle.
- Fatigue et faiblesse plus marquées : il s'agit du symptôme le plus fréquent avant et après le diagnostic de la maladie.
- Nausées et vomissements : ce symptôme apparait généralement quand le rein ne fonctionne plus et le diagnostic n'est pas encore établi (le patient ne fait pas de dialyse)
- Perte d'appétit et mauvais goût en bouche.
- Perte de poids inexplicable.
- ralentissement psychomoteur.
- Maux de tête.
- Troubles du sommeil : Somnolence par exemple
- Douleur dans le milieu, le bas du dos ou sur les côtés du bassin ;
- Contractions involontaires des muscles et crampes ;
- Démangeaisons persistantes. (passerport sant 2009)

### **4-1-2) Causes d'IRC :**

L'insuffisance rénale chronique est toujours la conséquence d'une maladie qui diminue progressivement le fonctionnement des reins. Les deux causes principales de l'insuffisance rénale chronique sont.

- le diabète de type 1 et de type 2.
- l'hypertension artérielle.

Ces deux maladies endommagent les petits vaisseaux sanguins qui amènent le sang vers les cellules du rein chargées de l'élimination de l'eau et des déchets. Privées d'oxygène, ces cellules meurent et leur nombre diminue progressivement, ce qui réduit la capacité de filtration globale des reins et cause l'insuffisance rénale chronique. (Boubchir, (2004, p.24/25)

### **4-2 ) insuffisances rénal aigue (IRA) :**

L'IRA est une soudaine et sévère réduction du taux de la filtration glomérulaire et de la fonction rénale souvent réversible en quelques jours ou semaines, au départ, fonctionnaient plus ou moins normalement. Le taux de créatinine est alors brutalement porté à 0 ou presque.

Elle est caractérisée par la première manifestation clinique est une chute de la diurèse, est autre manifestation qui sont la conséquence d'accumulation de toxine de métabolisme azotés.

(Boubchir. Allouche et Haned, 2007.p.177)

#### **4-2-1) Les symptômes peuvent être variables, liés à :**

Une élévation rapide (en quelques heures) des taux sanguins de créatinine et d'urée.

Un état de surcharge hydro sodée progressif pour autant que l'apport exogène d'eau et de sel ne soit pas interrompu (élévation des pressions veineuses centrales, HTA, œdèmes périphériques, dyspnée puis OAP).

Une hyperkaliémie avec troubles du rythme cardiaque (bradycardie, BAV, arrêt).

Une acidose métabolique avec hyperventilation, torpeur puis coma. Production rénale d'Erythropoïétine 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.

Les causes de l'IRA sont plus restreintes que celles de l'IRC. (Rader, marcher, 2004, p15).

**4-2-2) On distingue des causes :**

- Prégglomérulaires 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, ...), ...).
- Post-rénales (syndrome obstructif). (Rader, Marcher, 2004, p.14.15)

**5) La classification de l'insuffisance rénale chronique :**

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

Tableau : les différents niveaux de l'insuffisance rénale chronique. (boubchir, 2004, p.24)

Dans ce tableau récapitulatif de la classification de l'insuffisance rénale chronique selon le taux de créatinine dans le sang, on déduit que IRC a de différents niveaux, le premier : niveau débutante, le deuxième niveau modérée, le troisième : niveau sévère, le quatrième : évolué, le cinquième et le dernier : niveau terminale, dans ces niveaux le taux de créatinine augmente dans chaque avancement dans les niveaux et arrive à >800, et la clairance de la créatinine se diminue dans chaque niveau et arrive à < 10.

**6) historique de la dialyse :**

Les premières expériences de dialyse furent menées par l'allemand George Haas sur des animaux en 1914-1915. Sa première expérience chez l'homme date de 1924

Le premier rein artificiel fonctionnel fut mis au point en 1943 à Kampen, en Hollande, par le Dr Willem Kolff, jeune physicien et auteur du célèbre ouvrage de référence « *New Ways of Treating Uremia* » en 1946. Le premier patient traité aux Etats-Unis le fut par le Dr Snapper en janvier 1948

Les débuts de la dialyse chronique remontent à 1960 aux Etats-Unis et à 1963 en France.

Ces premières expériences ont été réalisées en milieu hospitalier dans un environnement technique lourd. (<http://asso.adam.free.fr/asso.php.2004.p.15>)

## **7) Hémodialyse :**

Méthode de purification du sang au moyen d'un rein artificiel.

L'hémodialyse est parfois utilisée dans certains cas d'intoxication grave, mais c'est surtout le traitement majeur de l'insuffisance rénale aiguë et chronique. Au moins qu'une greffe de rein puisse être pratiquée. L'insuffisance rénale aiguë correspond à une défaillance transitoire, de quelques jours à plusieurs semaines, du fonctionnement du rein : lorsque celle-ci est importante, elle nécessite une épuration du sang par hémodialyse en attendant que la fonction rénale soit rétablie. L'hémodialyse permet d'épurer le sang des déchets qui sont normalement éliminés dans l'urine (urée, créatinine), de corriger un éventuel déséquilibre électrolytique (taux anormal de sodium, de potassium, de bicarbonates...etc., dans le sang) et de rééquilibrer le PH du sang en cas d'acidose (acidité sanguine excédable) (RADER, MACHER, 2004, p.16)

## **8) Les types d'hémodialyse :**

### **8-1) L'hémodialyse périodique :**

C'est la méthode la plus utilisée, elle concerne plus de 90 % des patients. C'est un mode d'EER (épuration extra rénale) qui a pour objectif de rétablir l'équilibre du milieu intérieur grâce à un traitement discontinu de trois à six heures par séances, en deux à trois séances par semaine. Elle est réalisée grâce à un circuit extracorporel du sang et du dialysat, le liquide de dialyse étant fabriqué par une machine appelée générateur de dialyse. (DRACON, 2009, p.19)

### **8-2) La dialyse péritonéale :**

La dialyse péritonéale consiste en un échange entre un liquide, le dialysat, et le sang du patient au travers du péritoine (fine paroi qui entoure les organes abdominaux). Un cathéter étanche, posé de façon permanente, permet le transfert du dialysat dans la cavité péritonéale. Le cathéter fait l'objet de soins quotidiens. Le patient doit se rendre tous les deux à deux mois dans un centre de dialyse pour une consultation médicale. Il existe deux méthodes de dialyse péritonéale : la

dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) et la dialyse péritonéale automatisée (DPA). Toutes les deux peuvent se pratiquer à domicile (Fiche pratique #36 – La dialyse péritonéale – v1 - mars 2017 | Édité par FRANCE REIN) (IBID , p.20)

**9) Incidents au cours d’une séance d’hémodialyse :**

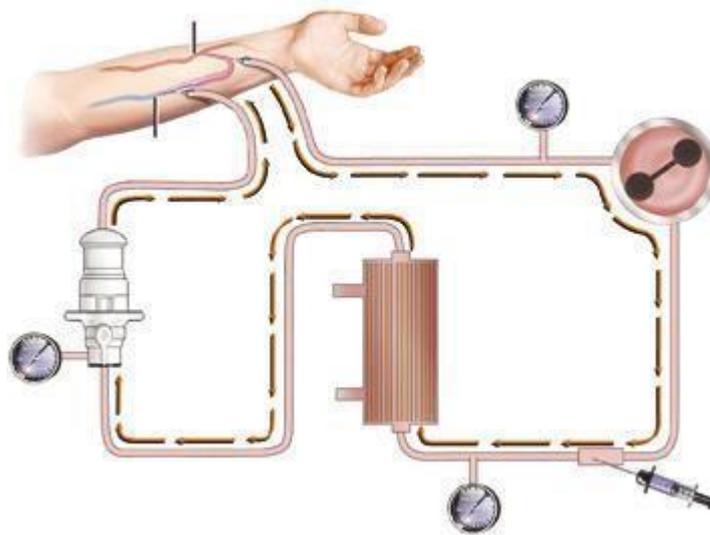
Incidents	Causes	Traitement
Hypotension	-d éplitation en eau ou ultrafiltration trop forte, hypo vol émie.	-installer le patient en position proclive -arrêt de l’ultrafiltration  -perfusion sal é hypertonique ou macromol écules ou oxyg énoth érapie
Fi èvre	-infection bact érienne. -erreur de T °de dialysat	-h énocultures et antibiotique
Crampes	-trouble hydro- électrolytique	-apport en Na, glucose hypertonique
Trouble de rythme	-hypo vol émie  -hyper Ca	Ultrafiltration
Circuit en pression négative	-problème d’accès vasculaire  -obstacle sur la ligne	

Tableau : incidents au cours d’une séance d’hémodialyse. (boubchir, 2004, p.224)

**10) Déroulement d’une séance d’hémodialyse :**

Le patient est pesé avant chaque séance d’hémodialyse afin de déterminer sa prise de poids depuis la séance précédente. Après la ponction de la fistule à deux endroits différents (arrivée et sortie du sang), l’hémodialyse peut commencer. Pendant la séance de dialyse, le patient peut lire, dormir, écouter de la musique ou regarder la télévision. En fin de dialyse, il sera repesé afin de connaître son poids sec, c’est-à-dire le poids obtenu après l’élimination de l’eau excédentaire.

**Figure 2 : Le déroulement d'une séance d'hémodialyse  
(Guide pratique d'hémodialyse)**



- ✓ Le patient est couché à côté de l'appareil à dialyse.
- ✓ Le sang est pompé par une aiguille placée dans la fistule et envoyé vers le rein artificiel par un cathéter.
- ✓ Dans le rein artificiel, le sang est envoyé grâce à la pompe, vers le dialyseur. C'est au sein de celui-ci que le sang entre en contact avec le liquide de dialyse, à travers la membrane semi-perméable qui assure le processus de filtration.
- ✓ Le sang filtré est ensuite renvoyé dans l'organisme par un autre cathéter. (surugue, 2010, p 4-5.)

## 11) La transplantation rénale :

Lorsqu'elle est possible (et qu'elle réussit), la transplantation est le seul traitement permettant à l'insuffisant rénal chronique de recouvrer une vie pratiquement normale.

Ce traitement de substitution idéal de l'urémie chronique (le rein transplanté, outre les fonctions excrétoires, peut pleinement assurer les fonctions endocrines habituelles) est de loin, le moins coûteux, nécessitant néanmoins une surveillance indéfinie et un traitement immunosuppresseur permanent qui reste grevé de complications non négligeables.

L'organisation de transplantation est toujours difficile et dépend :

- Du greffon provenant parfois d'un sujet vivant (greffe familiale), soit le plus souvent d'un donneur décidé en état de déréglage dont les conditions hémodynamiques sont parfois précaires à l'heure du prélèvement.

— du receveur dont l'inscription sur liste de transplantation nécessite un bilan somatique et psychologique complet, chez des patients parfois exposés depuis longtemps à l'insuffisance rénale chronique et à la pathologie induite par les méthodes de suppléances

-du traitement qui associe la corticothérapie et l'immunosuppression nécessaire à la tolérance immunologique mais qui comporte des risques infectieux, cancéreux, vasculaire, osseux et métaboliques.

Si les résultats initiaux se sont progressivement améliorés (survie greffon, survie malade), de nombreux progrès restent à accomplir notamment dans le domaine de la meilleure spécificité et innocuité des traitements immunosuppresseurs.

La recherche quant à la possibilité des xélogreffes est encore plus que balbutiante et l'utilisation de tels greffons ne sera sûrement pas possible avant de nombreuses années (Dracon, 2009, p.25).

## **12) Générateur :**

Machine permettant de mettre en place la circulation extracorporelle et le rein artificiel, de mettre en contact le sang à épurer avec le dialysat, de produire le dialysat à partir des concentrés en sels minéraux et de l'eau purifiée provenant du traitement d'eau, de programmer la séance d'hémodialyse.([http : //rein-echos.info](http://rein-echos.info)).

## **13) Rein artificiel ou dialyseur :**

Est l'endroit où s'effectue les échanges entre le sang et le dialysat par l'intermédiaire d'une membrane. Il se présente sous la forme d'un tube en plastique qui contient à l'intérieur des milliers de petites fibres capillaires creuses dans lesquelles passe le sang. Le dialysat passe à l'inverse entre les fibres. La paroi des fibres comprend des petits trous ou pores par lesquelles passent les sels minéraux et l'eau et représente donc la membrane de dialyse. Sa surface varie entre 1 et 2.5 m<sup>2</sup>. Elle est dite synthétique, car elle est réalisée à partir d'un matériel en plastique. Le dialyseur est un dispositif stérile à usage unique. ([http : //rein-echos.info](http://rein-echos.info)).

## **14) Dialysat :**

Solution produite à partir du mélange de l'eau ultra pure, provenant du traitement d'eau et des solutions concentrées sans sels minéraux. Le dialysat permet d'épurer le sang du patient. Sa composition en sels minéraux est sensiblement identique à

la composition du sang d'un individu ayant une fonction rénale normale. Le dialysat est dit ultra pure quand il provient d'une part d'une eau ultra pure (dont l'absence en endotoxines et bactéries est vérifiée périodiquement) et qu'il est d'autre part ultrafiltré au travers de deux ultrafiltres de sécurité en série, composés d'une membrane synthétique ayant une excellente capacité de rétention des endotoxines ([http : //rein-echos.info](http://rein-echos.info)).

## **15) La fistule**

Pour l'hémodialyse, il faut pouvoir accéder au sang. On parle d'accès vasculaire, idéalement une fistule artérioveineuse dont le principe est le suivant:

- Une veine est reliée à une artère.
- Sous la pression de l'artère, la paroi de la veine s'épaissit et devient plus résistante, ce qui permet d'avoir un plus gros débit de sang.
- Le sang est ponctionné par des aiguilles. L'une sort le sang du corps de la veine et l'autre le réintroduit dans l'artère, plus en amont de la circulation sanguine.

La fistule est généralement confectionnée au niveau du bras de la personne. On peut avoir des fistules natives (sans utilisation de prothèse)

Ou, en cas d'impossibilité de créer une fistule native, des fistules prothétiques (insertion d'un tube artificiel entre l'artère et la veine). En cas d'impossibilité de créer une fistule, on peut alors recourir à un cathéter qui est une tige creuse, utilisée pour introduire la solution de dialyse, et l'extraire de la cavité péritonéale. (filastre, 2016.p :277-278)

## **16) L'insuffisance rénale en Algérie :**

Dans notre pays, on compte selon les données dévoilées lors du forum d'EL Moudjahid (2011) « 1,5 million de personnes présentant une insuffisance rénale chronique (IRC), on peut ajouter que 6 millions d'Algériens souffrent d'une maladie rénale chronique. En raison de l'allongement de l'espérance de vie, de l'augmentation de la prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle, ainsi que l'absence d'une politique de prévention, le nombre de patients nécessitant une thérapie de substitution rénale atteindrait le chiffre de 20.000 dans cinq prochaines années ».

Actuellement près de 13000 personnes sont touchées par l'insuffisance rénale chronique (IRC) terminale. Une maladie qui demeure insidieuse et méconnue du grand public. En Algérie, environ 4000 nouveaux cas d'insuffisance rénale chronique (IRC) sont enregistrés chaque année. (BOUABKA, 2009, p.6).

*Chapitre II*  
**Le cot épsychologique**

## **Aspect psychologique des h émodialys és :**

### **1) L'annonce de la maladie :**

L'annonce de la maladie est donc vécue comme un traumatisme. En psychologie, le traumatisme se définit comme un événement qui implique un "avant" et un "après", de sorte que la vie de la personne, ainsi que la façon dont elle appréhende passé, présent et avenir, s'en trouve totalement bouleversée. Le traumatisme confronte surtout le sujet à la perspective de la mort, la sienne ou celle d'un proche. Tous ces facteurs peuvent déboucher sur un conflit psychique.

Les difficultés psychologiques des dialysés sont liées au fait que leur maladie soit mortelle et rend indispensable des soins contraignants. La découverte de la maladie confronte donc le patient à sa propre mort. Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologiques, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien. (G.Lefebvre, 2005, P. 03).

### **2) La pris en charge psychologique des patients h émodialys és :**

on fait une pris en charge psychologique adéquate a fin d'améliore la qualité de vie et l'état émotionnelle face a cette maladie et pour identifier les problèmes psychologiques et de préciser ses relations dans la vie familiale et socio professionnelle ainsi l'impacte sur la personnalité perturbé ainsi les conséquences qui découlent sur sa vie et lui a prendre a vivre avec sa maladie et favorise la collaboration avecles soignants et amélioré l'autonomie du patient dans la pris en charge de son affection et en renforçant ses sentiments de compétence elle l'aide a maintenir ou améliorer sa qualité de vie et a favoriser le maintien d'activité social. (Ghazouani, 2015, p.114)

### **3) Le bouleversement de l'image corporelle :**

Les modifications de l'image corporelle concerne la fistule (son aspect inesthétique et la perception permanente du « thrill » pour fistules très développées) ainsi que la prise d poids inter-dialytique et la perte de diurèse. L'insuffisance rénale chronique provoque un bouleversement de l'image du corps. On peut citer la difficulté à effectuer le deuil de la fonction urinaire, la difficulté à accepter la présence dans le corps d'organes non fonctionnels tandis que le rein artificiel est hors du corps, la difficulté à supporter les œdèmes dus aux

écarts de régimes et la difficulté à accepter la fistule artéro-veineuse. A ces difficultés s'ajoutent celle inhérentes à un traitement particulièrement exigeant.

Le patient en insuffisance rénale terminale 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 le patient une perte d'autonomie par une relation de dépendance à la machine et à un moindre degré de l'équipe soignante. Entre les séances de dialyse, les patients doivent gérer leur régime, leur traitement médicamenteux, surveiller leur fistule et dépister les anomalies. Enfin la gestion de cette maladie peut créer une rupture dans l'organisation de vie avec parfois comme conséquence un isolement social comme cela est le cas dans d'autres maladies chroniques.

(LEDEY, METTE, GAGNAYRE, 2006, p22).

#### **4) La qualité de vie des patients hémodialysés :**

L'impact de la dialyse se ressentait sur la vie de famille pouvant à la fois renforcer des liens mais aussi briser, sur la vie professionnelle avec une perte d'emploi très fréquente engendrant des difficultés financières. La dialyse était souvent vécue comme contraignante marquant une dépendance aux machines et stigmatisant socialement les patients. Le manque de soutien social était l'une des plaintes principales ainsi qu'un manque d'information.

Les patients exprimaient bien, que la maladie serait mieux acceptée en améliorant ces derniers points. L'espoir d'une transplantation était primordial. Donc on parle de l'intérêt d'améliorer les connaissances concernant le vécu des patients dialysés afin de mieux les guider dans leur maladie et dans leur choix d'avenir. Développer leur confort en dialyse avec l'hémodialyse de soirée et l'hémodialyse quotidienne à domicile semble des pistes de réflexions dans l'attente d'une greffe. (Puchepaillet, 2015, p114)

#### **5) La relation de couple :**

L'intimité et la relation avec les conjoints ne sont évoquées que par les soignants. De nombreux auteurs attestent des perturbations majeures de la vie de couple chez le dialysé et ils soulignent la difficulté des patients à s'exprimer sur cette problématique. DUNEMANN et LIBION soulignent que le changement de caractère du patient ou la nécessité pour le conjoint d'assurer un soutien moral soutenu rend difficiles les relations de couple. Cela pouvant aller jusqu'à l'absence de toute vie sexuelle et de tout sentiment amoureux.

Les soignants évoquent le dysfonctionnement sexuel, la modification du comportement du conjoint et les obstacles à la procréation (*Education*

du Patient et

Enjeux de Santé Vol. 24, n°1, 2006 p 28)

## **6) La vie sociale et familiale :**

L'organisation de la vie quotidienne est une situation difficile à gérer pour quatre patients et selon trois soignants. Le rythme régulier des dialyses et leur durée perturbent la vie du patient qui doit planifier son emploi du temps. Il n'y a pas de place pour l'imprévu. 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. (ibid .p29)

## **7) Sexualité de la personne dialysée :**

La sexualité est un ensemble de comportements relatifs au désir et à sa satisfaction. La sexualité s'exprime aussi par le plaisir de donner et le plaisir de recevoir. Pour beaucoup de personnes, la sexualité est indispensable pour donner et recevoir de l'amour. Ce peut être aussi un simple divertissement avec seule la recherche du plaisir.

La sexualité des dialysés est très souvent atteinte, avec une baisse plus ou moins prononcée de la libido, une impuissance plus ou moins complète pour les hommes, une frigidité et une stérilité pour les femmes, ce dernier se renvoie psychiquement sous forme d'angoisse de castration chez l'homme que chez la femme (cupa.2002,p 09)

## **Conclusion**

Dans ce chapitre nous avons étudié le rein, son fonctionnement et ces perturbations, et être exposé à certaines maladies telle que l'insuffisance rénale chronique ou terminale la personne atteinte de cette maladie est dépendante à la machine de dialyse (générateur), cette dernière provoque divers problèmes sur le plan psychique de la personne.

*Chapitre III*  
**Le d ésespoir**

## **Préambule**

Nous sommes mentalement dressés à concevoir l'espoir comme une disposition naturelle de l'homme à attendre l'avenir. Le désespoir est une émotion qui se construit d'après l'impression personnelle d'avoir perdu tout espoir de réussite dans n'importe quel domaine, Il se traduit par un manque de confiance en soi ou dans les autres, un découragement, et une impuissance.

Dans ce chapitre nous allons aborder de manière générale, l'émotion de désespoir et son impacte sur la santé psychique de l'individu.

### **1) Définition des émotions :**

Mouvement affectif soudain et intense, entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu.

L'émotion est une réaction psychologique et physique comporte une expérience subjective (joies, tristesse, colère, peur, espoir et d'espoir). Tous ces sentiments qui changent l'homme en l'entraînant à modifier son jugement et qui sont accompagnés par la souffrance ou le plaisir, (une émotion est dite positive si le ressenti est agréable ou négative si le ressenti est désagréable).

L'émotion est un phénomène foncièrement adaptatif qui inclut de manière prototypique :

- a- le décodage de toute situation en termes de sa signification pour l'identité et les buts poursuivis par la personne.
- b- l'organisation d'une réponse immédiate en mobilisant toutes les facettes nécessaires de l'individu.
- c- un ensemble de réponses aux niveaux physiologiques, expressifs, comportementaux et cognitifs. ( Philippot, 2007,p.16)

**2) Les facettes constitutive d'une émotion :**



Chaque émotion ressentie ou présentée par une personne, passe par plusieurs facettes, la première s'agit de la situation : la personne est confronté à une situation quelconque qui sera source de cet émotion, puis en deuxième facette l'évaluation : c'est l'évaluation cognitive, c'est l'ensemble des actions sensori-motrice (mémorisation, interprétation...), en troisième lieu vient la tendance à l'action, quatrième facette c'est la réponse physiologique, comme l'accélération du rythme cardiaque, rougissement, aussi passage à l'acte, en finale sentiment subjectif, la personne se sent dans un état différent des états mentaux habituels. (ibid. p36)

**3) Les émotions positives et les émotions négatives :**

Si on classe les types d'émotions dans des groupes, nous pouvons distinguer deux grands groupes, celles qui sont positives c'est à dire une réaction du corps à des pensées positives, elles servent à élargir réellement la vision périphérique de la personne, elles sont ressenties comme étant agréables. Le deuxième groupe, qui est les émotions négatives : elles sont définies comme une réaction psychologique du corps à une pensée négative, elles sont ressenties désagréables.

Emotions positives	Emotions négatives
<ul style="list-style-type: none"> <li>• la joie.</li> <li>• l'amour.</li> <li>• la passion.</li> <li>• le bonheur.</li> <li>• la satisfaction.</li> <li>• Espoir.</li> <li>• La gratitude.</li> <li>• La fierté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la culpabilité</li> <li>• la peur.</li> <li>• la honte.</li> <li>• l'humiliation.</li> <li>• la jalousie.</li> <li>• la timidité</li> <li>• la tristesse.</li> <li>• Le désespoir.</li> </ul>

Les émotions positives et émotions négatives.

#### **4) Les expressions des émotions :**

L'émotion est un mouvement, du latin « émovéré » qui signifie : se mouvoir, l'émotion modifie certainement quelque chose dans le corps humain et même dans l'esprit, selon William James « l'émotion est un mouvement corporel » c'est-à-dire que derrière chaque émotion sans doute on trouve un mouvement. (www.synergologie.org.2017).

Les émotions ne restent pas purement internes, mais sont exprimées par des mimiques, des postures, des mouvements voire des gesticulations et des vocalisations caractéristiques.

On trouve trois types pour exprimer une émotion :

##### **4-2) Expression non verbal :**

Dans ce type d'expression non verbal on a l'expression émotionnel facial, les principes pionniers qui ont fait des études sur l'expression émotionnel facial est Paul Ekman (1973) et Carrol Izard (1972).

On déduit dans cet étude qu'il existe un ensemble restreint de programme émotionnels inné qui se développe toute au long de la vie de l'individu pour l'aider à faire face à des situations adaptatives, ce « programme émotionnels » appelé aussi « les émotions de base » correspond à une expression faciale innée. Cette étude faite par Ekman et Carrol dit que l'expression faciale prototypiques de chaque émotion de base était exprimée et reconnus de la même façon dans toutes les cultures du monde, par exemple : l'activation des deux muscles inférieurs du visage exprime le sourire, donc on peut dire que c'est une réponse innée automatique. (philippot, 2007, p.21-22).

##### **4-2) L'expression verbale :**

Dans ce type l'émotion est exprimée par le langage, la personne transforme l'émotion en parole, le sujet émet des phrases ou des propositions plus ou moins longues selon le dictionnaire français « l'expression verbale s'inscrit dans le cadre d'interaction orale dyadique », contrairement à l'expression verbale elle n'est pas reconnue dans toutes les cultures du monde, elle peut donner un sens différent ou bien non reconnaissable. (chata-mouni, 2013, p.2 et 30).

### **4-3) L'expression comportementale :**

Ce type d'expression s'agit du passage à l'action, c'est-à-dire convertir l'émotion en une action observable, physiologique et subjective, c'est une tendance à l'action par des comportements adaptatifs ou agonistiques (comportement agressif), cette émotion s'accompagne généralement de tendances d'action caractérisées par rapport aux processus qui étaient en cours chez le sujet au moment de leur apparition. (Dantzer, 2002, p.21).

### **5) Les troubles émotionnels :**

Les troubles émotionnels ainsi que ceux touchant à la reconnaissance ou à l'expression des émotions occupent actuellement une place importante en psychopathologie. On considère que la pathologie survient lorsque l'émotion est dérégulée, que l'affect est réprimé ou qu'il connaît des aléas qui empêchent son expression directe à l'autre.

Parmi les troubles émotionnels les plus reconnus est les troubles de l'humeur.

### **6) Trouble de l'humeur:**

Les personnes atteintes de troubles de l'humeur, la dysthymie ou troubles affectifs, désignent des variations pathologiques des états affectifs (joie, gaieté, euphorie, tristesse, découragement, désespoir...), ils souffrent d'une profonde détresse ou de handicaps dans leurs activités sociales, professionnelles, éducatives ou d'autres aspects importants du fonctionnement. Il existe deux types de trouble de l'humeur, unipolaire (dépressive) ou on trouve, la dépression majeure, trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, La dysthymie, bipolaire (psychose maniaco-dépressive) qui se caractérise de phase de manie et des phases dépressives. (Kapsambelis, 2012, p.533).

Ces troubles de l'humeur se manifestent avant tout à travers un changement marqué et prolongé des émotions. Ce changement se caractérise par une humeur dans laquelle les sentiments de dépression et de désespoir prédominent et, souvent, par un manque d'intérêt prononcé et une réduction générale du niveau d'activité physique et psychique, donc la dépression est liée de très près au fait de se sentir désespéré.

### 7) Définition du désespoir:

Dans le terme de la psychologie clinique, Le désespoir est une réaction émotionnelle à d'autres symptômes de la dépression, et il est beaucoup renforcé par les pensées négatives et pessimistes, selon le DSM5 le désespoir est défini comme « un sentiment de solitude profonde », s'est à dire la personne désespérée se sent tous le temps seul et triste.

Ce désespoir est une réponse au blocage affectif à une situation non maîtrisée et aussi l'échec ou encore une façon d'altérer, de faire signe, de parler et de s'exprimer de ce que la personne ressent au fond d'elle-même, autrement dit le désespoir est un état neutre, c'est le degré zéro de l'espérance, c'est une espèce d'état où la personne pense qu'il n'y a pas d'avenir. (Secretan, 2013, p.247).

### 8) Les trois stades du désespoir selon Kierkegaard:

Kierkegaard est un philosophe et écrivain du Danemark, il a écrit le livre traité du désespoir, où il a parlé sur les différents aspects du désespoir et aussi sur l'homme dans l'état du désespoir, il distingue dans son livre trois stades de désespoir par lesquels la personne passe, qui sont :

1)-Le premier stade est celui de «l'inconscience d'avoir un soi».

C'est-à-dire que les personnes qui l'éprouvent paraissent vivre une vie normale, épanouie et équilibrée mais en réalité ils sont dans le déni, puisque à l'intérieur, elles sont profondément désespérées.

2)-le second stade le «refus d'être soi-même».

Ceux qui vivent ce stade refusent de se battre et de faire les efforts pour devenir la personne heureuse et sortir de cet état de désespoir, dans cette situation, il est difficile d'avancer, ils refusent ainsi d'être soi-même.

3)-Le troisième stade du désespoir réside dans la «volonté d'être soi-même».

Dans ce stade, la personne est désespérée d'être elle-même, Elle est consciente de son état psychique qu'elle est désespérée, et ce sentiment vient de l'intérieur d'elle-même. (Kierkegaard, 1988, p.23)

### 9) Les symptômes du désespoir :

La personne désespérée présente tous ces symptômes ou la majorité de ces derniers, qui sont :

- un découragement, une perte de confiance en soi et autres.
- un sentiment d'impuissance, d'incapacité à réaliser quoi que se soi dans la vie.
- une confrontation à ses limites : c'est-à-dire il limite ces compétences et ces habilités.
- une souffrance psychologique, une tristesse, une détresse ou une colère qui sont chronique (qui est tout le temps présent).
- Une grande fatigue et un manque d'énergie et d'enthousiasme.
- De l'agitation et de l'anxiété
- Un sentiment de vide profond et de culpabilité
- Une grande difficulté à se concentrer.
- Des idées suicidaires l'accompagnent souvent aussi et même des tentatives de suicide échappé (LIBBEY,2000,p.205)

### 10) Les facteurs du désespoir:

Le désespoir est le résultat de l'interaction d'un ensemble de facteurs sociaux, environnementaux et psychologique, donc il paré lorsqu'il se trouve un aspect de se fonctionnement est perturbé, la personne a tendance de voir la réalité de façon négative.

On distingue les facteurs suivants :

- La dépression
- L'incapacité à faire le deuil face à un événement traumatisant dans la vie. (perte d'un cher par exemple).
- Un dysfonctionnement psychologique (maladie psychosomatique).
- La consommation d'alcool et de drogue.
- Les facteurs sociaux et environnementaux : événement stressant de l'existence, comme le divorce, la perte d'emplois...etc.
- Abus sexuel : pendant l'enfance et même de fois en étant adulte. Cependant, c'est la façon dont la personne perçoit les choses et les accepte, puisqu'ils n'ont pas tous la même vulnérabilité face à ces facteurs, certaines personnes utilise des mécanismes résistants et d'autres disposent des ressources psychologiques et environnementaux qui les entravent et de ne pas pouvoir surmonter ces facteurs. (Berneron,Blache,2018)

### **11) La théorie de Beck sur le désespoir :**

Le psychiatre Beck, un des principaux instigateurs de l'approche cognitive et comportementale, élabore son modèle cognitif dans le traitement de la dépression. Il propose une approche novatrice dans son livre classique *Cognitive Therapy of Depression* publié en 1979, et s'intéresse essentiellement aux pensées automatiques et aux distorsions cognitives caractéristiques de ce trouble. À partir de sa pratique avec des individus dépressifs et suicidaires, Beck avance que c'est le désespoir, c'est-à-dire un pessimisme à propos de l'avenir qui mène au suicide (Beck, 1964). Il développe le Beck Hopelessness Scale (Beck 1974), il mesure de manière auto-administrée la tendance au pessimisme. Plus particulièrement, l'échelle sert à mesurer la vision négative de l'avenir et évalue les potentialités suicidaires de l'individu. (Dionne, 2008, p.63).

### **12) Le traitement du désespoir :**

Pour combattre le désespoir, ce dernier va être abordé de manière psychologique, la personne doit subir un traitement psychologique par un spécialiste « un psychologue », la personne désespérée va suivre certaines stratégies pour améliorer son état, ces stratégies se découlent de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), parmi ces techniques on trouve la technique la plus utilisée qui est « le recadrage » :

### **13) Définition du recadrage :**

Le recadrage est, une des techniques les plus subtiles de la manipulation elle s'agit d'une technique habituelle en hypnose Ericksonienne, et surtout une des parties indispensables de l'intervention systémique clinique, D'un point de vue plus descriptif, recadrer signifie de modifier le contexte conceptuel et/ou émotionnel d'une situation ou le point de vue selon lequel elle est vécue en la plaçant dans un autre cadre qui correspond aussi bien. Il ne s'agit donc pas d'agir sur les choses mais d'éclairer les choses de façon nouvelle. Le recadrage est alors tout ce qui modifie pour un patient ou une famille son modèle de représentation de la réalité, Cet éclairage conduit souvent à favoriser une vision plus neutre et même positive, cette technique se fait par des démentions qui sont : Premièrement, de manière assez consensuelle, il apparaît que le recadrage doit s'intégrer à la vision du monde de celui qui consulte, dans sa logique interne et sa manière de comprendre les choses.

Ainsi, un recadrage ne réussit que s'il tient compte des raisons, des attentes, des opinions, des hypothèses de celui dont on doit modifier le problème et s'il est non-contradictoire avec la vision du monde de la personne. Le recadrage n'est donc pas une remise en question du monde du client, mais plutôt une modification du *sens* donné à une situation. (faulx,2006,page 7-8).

### **13-1) Les éléments important dans l'anamnèse du recadrage :**

Les périodes particulières dans la vie du client (famille, santé, activités professionnelles, activités annexes) qui conditionnent leur position dans le conflit;

- les événements survenant dans la famille ou l'organisation qui modifient les rapports entre les personnes;
- les événements survenant dans un contexte plus large (voisinage, contexte socio-économique et politique,...).
- les évolutions des conditions de ces éléments : modification dans la vie personnelle, dans l'organisation, dans le contexte environnant. (ibid,p. 30)

### **13-2) Les objectifs du recadrage :**

- Prendre conscience du contenu des pensées problématiques qui rendent la personne malheureuse.
- Identifier et comprendre les processus qui les provoquent.
- Comprendre comment les interprétations et les réactions rendent le client malheureux.
- Neutraliser les distorsions cognitives pour qu'elles cessent de nuire la pensée.
- Mettre à jour le contenu de croyances et de conclusions, notamment celles sur la personne elle-même (identité et estime de soi).
- Il vise aussi à améliorer les réactions futures pour but d'éviter la répétition des mêmes conséquences. (www.nicolasSarrasin.com, 2018, Sarrasin.)

### **13-3) Les étapes du recadrage :**

- identifier le comportement à modifier, il s'agit de bien décrire le problème de manière précise, (exemple : décrire la situation ou l'idée qui fait souffrir la personne).
- Décrire comment la personne perçoit la situation : il s'agit de décrire la situation cause de se désespoir, ce qu'elle fait ressentir la personne, cet étape aussi doit être fait par la plus grande précision possible.

- Noter toute les pensées négatives : s'agit de noter toute les pensées et les émotions négatives, qui interrompe la vie de la personne désespérer et noter aussi la manière dont il réagit.

Dans ces trois premières étapes la personne prend conscience de sont vrais problème, puis viens d'autres étapes ou il consiste a affronter ce problème et aussi remettre en question les pensées, les croyances et les interprétations négatives qui provoquent ces émotions négative et le désespoir lui même.

Dans la suite de cet exercice cognitive :

- ✓ Poser des questions sur la situation problème pour but de pos édes arguments pour neutraliser se problème.
- ✓ La dernière étape s'agit de noter les effets b énéfrique thérapeutique, « exemple : noter les émotions nouvelles et positive de cette situation », noter les émotions nouvelles et positives de cette situation, aussi établir un plan d'action qui aide la personne a mieux réagir dans des situations qui le désesp ère. (IBID,p.31)

## 14) Les mauvaises manières de faire face au désespoir

Le désespoir est très souffrant, le souffrent a tendance à vouloir s'en soulager, et le plus vite possible, la personne qui souffre se dirige des solutions échappatoires qui ont des résultats temporaires, voici certaines « fausses solutions » à connaître, pour mieux les éviter.

### 14-1) Laisser toute la place aux émotions

Il s'agit d'une très mauvaise manière de faire face au désespoir, les émotions jouent un rôle dans la situation, mais leur donner la première place nous empêche d'en reprendre le contrôle et de trouver des solutions plus efficaces et durables, C'est le cas, par exemple, en identifiant rationnellement le rôle que jouent nos pensées négatives pour entretenir ces émotions qui nous font tant souffrir.

### 14-2) S'isoler des autres

Le désespoir isole celles et ceux qui en souffrent, le choix de s'isoler aggrave donc lui aussi le problème au lieu d'améliorer les choses.

### 14-3) L'alcool et la drogue

- Le sentiment de désespoir et le manque de sens à la vie portent souvent à chercher refuge dans l'alcool et/ou la drogue, lorsque la personne n'aborde pas le problème au niveau psychologique pour trouver des solutions durables, elle est souvent tentée d'aller à ce qui semble le plus rapide et le plus accessible pour la soulager des émotions négatives. (www.nicolasSarrasin.com, 2018, Sarrasin.)

## **15) Le suicide**

### **15-1) Définition du suicide :**

Le suicide est l'action de faire fin à sa vie, c'est-à-dire, une mort volontaire. Durkheim (1897) l'a défini comme "la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer". On parle de mortalité suicidaire et de sujets suicidés.

Ce dernier ne se fait pas subitement mais le sujet suicidé passe par des étapes qui sont : la personne commence par avoir des idées suicidaires c'est-à-dire des pensées morales qui conduisent à la mort, puis, peut avoir des tentatives de suicide qui ont été finies par l'échec, on a aussi ce qu'on appelle la crise suicidaire, s'agit d'une crise psychique où la personne est dans le risque majeur du suicide, la personne est dans l'incapacité de faire face aux idées suicidaires et se termine généralement par des tentatives de suicide ou de se suicider de mettre fin à sa vie. (Kahn, 2009, p.4)

### **15-2) Les facteurs de risques :**

La multiplication des recherches et la diversité des méthodes employées (entretiens, échelles, questionnaires, autopsies psychologiques...) ont affiné au cours des années l'identification des éléments de vulnérabilité associés au geste suicidaire, si souvent, un cumul de plusieurs facteurs de risque vient accentuer la vulnérabilité d'une personne aux comportements suicidaires.

Parmi les facteurs de risque :

#### **15-3) facteurs physique :**

La maladie chronique est un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire chez les patients dépressifs. 16 à 70 % des suicidés avaient une maladie somatique au moment de leur geste.

Une surmortalité suicidaire est retrouvée chez les sujets atteints d'affections somatiques graves, douloureuses, chroniques, invalidantes et terminales. On peut distinguer deux populations à risque : Tout d'abord, les patients dont la pathologie

somatique est sévère et qui, lors d'un moment de désespoir, ne trouvent pas d'autre alternative que le suicide.

Deuxièmement, les patients qui sont atteints de façon concomitante d'une maladie somatique et d'un trouble neuropsychiatrique: situation d'intrication médico-psychiatrique dont le risque suicidaire est plus élevé en raison du caractère pathologique et non adaptatif de l'idéation suicidaire (Zarrouq,2015,p25).

#### **15-4) Facteurs psychologique :**

Toutes les « autopsies psychologiques » ont montré que le suicide était associé dans 95 % des cas à un trouble mental caractérisé, toute une série d'études ont permis d'évaluer la répartition des diagnostics psychiatriques. Par ordre décroissant sont en cause : les troubles de l'humeur (dépression et troubles bipolaires), états psychotique (schizophrénie, troubles délirants), alcoolisme et toxicomanie, troubles anxieux, troubles de (personnalité). Inversement, laissées à elles-mêmes, les maladies mentales majeures font courir aux patients un risque très élevé de mort par suicide: 10 à 20 (principalement schizophrénie, maladie bipolaire, alcoolisme et toxicomanie) (in Wasserman, ibid,p.26).

#### **15-5) Facteurs environnementaux :**

- Mauvaises relations familiales (séparation répétée, placements itératifs, négligence, maltraitance, rejet, manque de soutien, indisponibilité et conflit intrafamilial.
- Mauvaises relations sociales (victime ou acteur d'harcèlement, abus sexuel, etc.) .
- Événement négatif : agression, mort d'un proche, perte interpersonnelle, conflit, séparation parentale, démenagement.
- Toute consommation à risque de substances psycho actives
- Arme à feu au domicile (surtout si elle est chargée, rangée avec les munitions et accessible). (ibid, p27)

#### **15-6) Les facteurs protecteurs :**

Pour réduire le risque du suicide, on adopte certains facteurs qui portent de l'aide et fait éloigner l'idée et le risque suicidaire chez la personne :

- Appui des membres de famille, des amis et d'autres relations importantes.
- Croyances religieuses, culturelles et ethniques.
- Engagement communautaire.

- Une vie sociale satisfaisante.
- Intégration sociale, par ex. à travers le travail, l'emploi constructif du temps libre.
- Accès au traitement et aux services de santé mentale.

Quoique ces facteurs protecteurs n'éliminent pas le risque du suicide, ils peuvent contribuer à la diminution du stress extrême des circonstances de la vie. (OMS,2006,p.4).

### **16) Aide psychologique :**

Il est très important d'aider une personne qui a besoin d'aide à le trouver car, la minorité des personnes qui ont des problèmes psychologiques reçoivent l'aide dont elles ont besoin. Parfois, la condamnation associée aux troubles mentaux décourage les gens à demander et à recevoir de l'aide.

Il faut savoir que donner de l'aide à une personne qui en a besoin n'est pas de résoudre ses problèmes, de le guérir ou de faire disparaître sa douleur. Aider ne signifie pas être responsable de la sécurité de la personne suicidaire ou de faire cesser les idées suicidaires de cette personne ou de l'empêcher de passer à l'acte. Cela signifie écouter, montrer de l'empathie, soutenir et aider la personne à obtenir l'aide psychologique dont elle a besoin, au moment et à l'endroit où elle en a besoin, signifie défendre ses intérêts et l'aider à sortir des idées noires qui l'entourent. (Riedi,2012,p.2-5)

**Conclusion :**

Pour conclure, on peut dire que le désespoir est une sensation aux différentes menaces ou psychogènes, interne et externes, elle est liée à un conflit qui pousse la personne à perdre sens dans la vie, il est engendré par d'autre problème psychique ou somatique comme la dépression, les troubles de l'humeur ou maladie chronique, tous cela guide vers des idées négatives comme les idées suicidaire et même des actes suicidaire, a fin d'éviter l'arriver a ce stade, il faut instaurer une atmosphère autour de la personne qui soit favorable à un bon équilibre psychologique.

# *Partie pratique*

## *Chapitre IV*

# **Méthodologie de la recherche**

**Préambule :**

La méthode de recherche est une étape importante dans une recherche c'est l'ensemble des techniques qui nous oriente à organiser notre travail et le rendre objectif. Dans ce chapitre on va présenter la méthode que on a suivit pour réaliser notre recherche, premièrement on a commence par la pré-enquête, puis on représentera notre groupe d'étude et les techniques utilisée, l'entretien clinique, et l'échelle de mesure.

**1) Démarche de la recherche et population d'étude****1-1) La pré-enquête**

La pré-enquête est une étape indispensable pour tout recherche scientifique elle nous donne la possibilité de vivre directement le phénomène étudié, et d'avoir des information sur les caractéristiques de notre population d'étude et maîtriser l'application de nous outilles et notamment d'apporter des modification a notre guide d'entretien et ainsi d'élaboré nos hypothèses qui été effectuée a la clinique privé LE RAMEAU D'OLIVIER DE BEJAIA et a l'hôpital FRANZ FANON la ou nous avons eu la possibilité de rencontrés les hémodialysés.

**1-2) La méthode clinique**

La méthode clinique nous offre la possibilité d'observer et d'être en contact avec la personne atteinte d'insuffisance rénale tenant compte de subjectivité, sa totalité et son sens. Elle est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes du sujet souffrant, Elle ne peut que centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité. Une attention est spécialement portée à la parole du sujet, sur des informations attribués par le sujet de plus la spécificité de la méthode clinique réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle (PEDINIELLI, 2006, p .67).

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretien...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte du problème) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations, le second vise à comprendre un sujet. Ce second niveau peut être défini à partir de trois postulats : la dynamique, la genèse et la totalité Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-

Même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. L'être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie. Dans ce cadre, les principes de la méthode clinique pourraient être la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution de ces conflits. La méthode clinique suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite.

Les techniques utilisées sont l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'analyse de textes écrits, l'observation, le recueil des informations pouvant faire l'objet de différents types de traitement (analyse de contenu, analyse « psychopathologique », analyse de l'énonciation...) permettant de faire apparaître les éléments saillants concernant l'individu ou le phénomène en question. (Pardinielli, 2005, p.9-14.).

Bien évidemment, dans une recherche scientifique, on n'a pas libre choix de la méthode à utiliser, car c'est la nature du thème et ces objectifs de la recherche qui déterminent la méthode à utiliser.

### **1-3) Le lieu de la recherche**

#### **La présentation de lieux de la recherche la clinique privée**

##### **« LE RAMEAU D'OLIVIER » DE BEJAIA :**

La clinique « RAMEAU D'OLIVIER » est un établissement hospitalier privé, situé à la route des Aurès-Bejaia.

Ses portes ont été ouvertes aux patients la 1<sup>er</sup> fois le mois de juillet 1995 à Oued Ghir 24/24. Ces activités principales ont été limitées en chirurgie et en gynécologie jusqu'à mois d'août 2009. A partir d'août 2009 cet établissement s'est déplacé à Bejaia (Routes des Aurès) son champ d'action s'est élargi avec une superficie de 8 300m<sup>2</sup>. L'effectif du personnel est de 133. Englobe plusieurs activités :

- Chirurgie générale ;
- Anesthésie ;
- Gynécologie ;
- Orthopédie ;
- Néphrologie ;
- Neurologie ;
- Rééducation fonctionnelle.

**Plateau technique :**

**1. Au rez-de-chaussée :**

- Salles des consultations
- Imagerie médicale : scanner dernière génération
  - Echo-doppler
  - Mammographie
  - Radiologie numérisée
  - Rééducation fonctionnel.
- Urgences médico-chirurgicales :

- Salle de d'échoquage avec :

- 1- ECG
- 2- Défibrillateur
- 3- Moniteur de surveillance (chaque lit)
- 4- Matériel de réanimation
- 5- Salle de soins d'urgence et plâtre
- 6- Salle d'observation.

**2. Au 1er étage :**

- Service d'hémodialyse avec salle de traitement d'eau et 18 générateurs de dialyse.
- Service de neurologie.

**3. Au 2eme étage :**

- Service hospitalisation chirurgie générale avec 16 chambres.

**4. Au 3eme étage :**

- Bloc opératoires de gynécologie obstétrique.
- Salle de travail avec monitoring de surveillance pour chaque lit.
- Salle d'accouchement (02 tables d'accouchements).
- Salle de réanimation pour nouveau-né avec table de réanimation.
- Chambre d'hospitalisation

**5. Au 4eme étage :**

- 03 blocs opératoires avec :
- 01 colonne de coelio chirurgie.
- 01 colonne d'arthroscopie.
- Matériel d'endoscopie urologique.
- Radio mobile.
- Amplification de la brillance.
- Moniteur de surveillance.
- 03 appareils de respiration.
- Salle d'angiographie.

**B. Logistique :**

- Parc roulant (07 v é h i c u l e s).
- Restauration.
- Blanchisserie.
- Station des fluides m é d i c a u x.
- Station de groupe é l e c t r o g è n e d e s e c o u r s.
- Cellule de conservation de corps.
- Station de pompage d'eau avec r é s e a u a n t i - i n c e n d i e.

**Le d e u x i è m e l i e u**

Le CHU Bejaia compte actuellement trois unit é s, les h ô p i t a u x K h e l i l A m r a n e, F r a n t z F a n o n, p o u r u n t o t a l e d e 4 2 5 l i t s e t 2 3 s e r v i c e s d o n t 1 6 d ' h o s p i t a l i s a t i o n.

A l'unit é h o s p i t a l i e r F r a n z F a n o n, o n y t r o u v e d e s s e r v i c e s d e p s y c h i a t r i e h o m m e s e t f e m m e s, l a p n e u m o - p h t i s i o l o g i e, l a n é p h r o l o g i e, l' a n a p a t h o l o g i e N o u s a v o n s e f f e c t u é n o t r e s t a g e p r a t i q u e a u s e r v i c e d e n é p h r o l o g i e a u C e n t r e H o s p i t a l o - U n i v e r s i t a i r e ( C H U ) F r a n t z F a n o n d e B e j a i a.

Ce CHU est u n e é t a b l i s s e m e n t d o t é d e p e r s o n n a l i t é m o r a l e. I l e s t p l a c é s o u s l a t u t e l l e d u m i n i s t è r e d e l a s a n t é

Le s e r v i c e d e n é p h r o l o g i e e s t c o n s t i t u é d' u n s e r v i c e d' h é m o d i a l y s e, d' u n e s t r u c t u r e d e, d i a g n o s t i c, d e s o i n s, e t d' h o s p i t a l i s a t i o n.

**2) Le g r o u p e d' é t u d e :****2-1) s é l e c t i o n d e n o t r e g r o u p e d' é t u d e**

P o u r l e g r o u p e d' é t u d e, n o u s a v o n s p r o c é d é à l a s é l e c t i o n d e 3 0 c a s d' i n s u f f i s a n c e r é n a l e c h r o n i q u e d e s e x e s d i f f é r e n t s h o m m e s e t f e m m e s d o n t l' â g e v a r i e d e 1 7 à 8 0 a n s.

**2-2) c r i t è r e s d' h o m o g é n é i t é r e t e n u e**

L a s é l e c t i o n a é f a i t e e n r a p p o r t a v e c d e s c r i t è r e s d' h o m o g é n é i t é q u i s o n t :

- T o u t l e s c a s s o n t d e s s u j e t s q u i s u i v e n t l e t r a i t e m e n t p a r h é m o d i a l y s e.
- T o u s l e s c a s n' o n t p a s s u b i l a t r a n s p l a n t a t i o n r é n a l e
- T o u t l e s c a s l e d i a g n o s t i q u e d e l' i n s u f f i s a n c e r é n a l e c h r o n i q u e t e r m i n a l e a é p r o n o n c é

**2-3) Critères non-pertinents de sélection**

- Le début de la maladie est différent d'un sujet à un autre.
- a- Le sexe : nous n'avons pas accordé d'importance pour cette variable dans notre recherche, sachant que notre échantillon d'étude est composé d'hommes et de femmes.
- b- Le niveau socioculturel : Dans notre recherche, on n'a pas pris en considération cette dimension car l'insuffisance rénale chronique terminale est une maladie qui touche toutes les classes sociales et toutes les cultures sans aucune distinction.
- c- L'âge les cas ils n'ont pas le même âge on a une certaine variation.

**.Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe d'étude:**

<b>Cas</b>	<b>sexe</b>	<b>Age</b>	<b>Niveau scolaire</b>	<b>Durée de la maladie</b>	<b>Profession</b>
<b>Lamia</b>	<b>femme</b>	<b>19ans</b>	<b>3 année secondaire</b>	<b>5ans de dialyse</b>	<b>Etudiante CFPA</b>
<b>Amina</b>	<b>femme</b>	<b>57ans</b>	<b>4 année moyenne</b>	<b>5ans de dialyse</b>	<b>Femme au foyer</b>
<b>djeloul</b>	<b>homme</b>	<b>45ans</b>	<b>3 année secondaire</b>	<b>6 mois</b>	<b>Fonctionnaire</b>
<b>Aziza</b>	<b>femme</b>	<b>60ans</b>	<b>6 année primaire</b>	<b>7 ans de dialyse</b>	<b>Femme au foyer</b>
<b>Nourdin</b>	<b>homme</b>	<b>61ans</b>	<b>2 année moyenne</b>	<b>19 ans de dialyse</b>	<b>Retraité</b>
<b>samira</b>	<b>femme</b>	<b>49ans</b>	<b>4 année moyenne</b>	<b>6 ans de dialyse</b>	<b>Femme au foyer</b>
<b>Farida</b>	<b>femme</b>	<b>46ans</b>	<b>Illettré</b>	<b>14 ans de dialyse</b>	<b>Femme au foyer</b>
<b>Sadia</b>	<b>femme</b>	<b>56ans</b>	<b>4 année moyenne</b>	<b>4 ans de dialyse</b>	<b>Femme au foyer</b>

<b>wahid</b>	<b>homme</b>	<b>35ans</b>	<b>3 ann ée secondaire</b>	<b>2 ans de dialyse</b>	<b>Commerçant</b>
<b>mekhlouf</b>	<b>homme</b>	<b>70ans</b>	<b>Illettr é</b>	<b>9ans de dialyse</b>	<b>Retrait é</b>
<b>Djamel</b>	<b>homme</b>	<b>55ans</b>	<b>4 ann ée moyenne</b>	<b>9 ans de dialyse</b>	<b>Retrait é</b>
<b>Dalila</b>	<b>femme</b>	<b>63ans</b>	<b>2 ann ée secondaire</b>	<b>3 ans de dialyse</b>	<b>Couturi ère</b>
<b>Roza</b>	<b>femme</b>	<b>50ans</b>	<b>1 ann ée secondaire</b>	<b>15 ans de</b>	<b>Pâtissi ère</b>
<b>meriama</b>	<b>femme</b>	<b>35ans</b>	<b>3 ann ée moyenne</b>	<b>8 ans de dialyse</b>	<b>Couturi ère</b>
<b>Amine</b>	<b>homme</b>	<b>27ans</b>	<b>Master 2 Psychologie clinique</b>	<b>3 ans de dialyse</b>	<b>Agent commerciale</b>
<b>ilham</b>	<b>femme</b>	<b>21ans</b>	<b>2 ann ée secondaire</b>	<b>7 ans de dialyse</b>	<b>Eleve</b>
<b>houa</b>	<b>Femme</b>	<b>55ans</b>	<b>Illettr é</b>	<b>10ans de dialyse</b>	<b>Femme au foyer</b>
<b>ali</b>	<b>homme</b>	<b>42ans</b>	<b>2 ann ée secondaire</b>	<b>9 ans de dialyse</b>	<b>Menuisier</b>
<b>nadira</b>	<b>femme</b>	<b>42ans</b>	<b>3 ann ée moyenne</b>	<b>11 ans de dialyse</b>	<b>Couturi ère</b>
<b>chafia</b>	<b>femme</b>	<b>44ans</b>	<b>Illettr é</b>	<b>10 ans de dialyse</b>	<b>Membre d'association « kafil el yatim »</b>
<b>fouzia</b>	<b>femme</b>	<b>31ans</b>	<b>4 ann ée moyenne</b>	<b>11 ans de dialyse</b>	<b>Femme au foyer</b>
<b>nadia</b>	<b>femme</b>	<b>33ans</b>	<b>2 ann ée secondaire</b>	<b>2 ans de dialyse</b>	<b>Secr étaire</b>
<b>Saliha</b>	<b>femme</b>	<b>72ans</b>	<b>Illettr é</b>	<b>10 ans de dialyse</b>	<b>Femme au foyer</b>

<b>zouhra</b>	<b>femme</b>	<b>56ans</b>	<b>Illettr é</b>	<b>10 ans de dialyse</b>	<b>Femme au foyer</b>
<b>fatima</b>	<b>femme</b>	<b>70ans</b>	<b>Illettr é</b>	<b>5 ans de dialyse</b>	<b>Femme au foyer</b>
<b>hakim</b>	<b>femme</b>	<b>38ans</b>	<b>6 ann ée primaire</b>	<b>14 ans de dialyse</b>	<b>Commer çant</b>
<b>akila</b>	<b>femme</b>	<b>17ans</b>	<b>2 ann ée secondaire</b>	<b>4 ans de dialyse</b>	<b>El ève</b>
<b>nouria</b>	<b>Femme</b>	<b>42ans</b>	<b>4 ann ée moyenne</b>	<b>4 ans de dialyse</b>	<b>Femme au foyer</b>
<b>rachida</b>	<b>femme</b>	<b>35ans</b>	<b>Licence sociologie</b>	<b>1 ann ée de dialyse</b>	<b>Fonctionnaire</b>
<b>ahmed</b>	<b>homme</b>	<b>50ans</b>	<b>Licence marketing</b>	<b>20 ans de dialyse</b>	<b>g érant</b>

### 3- les techniques utilis ées

#### L'entretien clinique

Il est souvent consid é r é comme la technique clinique par excellence. Il existe diff érentes conceptions des buts de l'entretien et de l'attitude que le psychologue doit adopter à l'égard du sujet.

La conception de l'entretien diff ère d'une perspective à une autre. Au sens phénoménologique, c'est le moment où peut se produire la « rencontre » entre le psychologue et le sujet.

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu diff érent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet – dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique (Alain Blancher, 1997). En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les év énements vécus, son histoire, la manière dont il am énage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparait donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (H. B ényon, K. Chahraoui, 1999, P. 11 – 12)

Selon M.GRAWITZ, l'entretien clinique est un mode de collecte de données : « c'est un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbal pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé ». Le terme clinique est à l'origine du terme médical issu du grec KLINE qui signifie « lit ». L'entretien clinique est la technique principale sur laquelle s'appuient les psychologues, qu'il soit visé thérapeutique ou d'évaluation ou encore dans un but de recherche, l'entretien se fonde sur la parole, cette dernière offerte au patient met le clinicien en position de voir, écouter ce que le patient a à dire. L'objectif principal de l'entretien clinique est d'appréhender et comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives.

On distingue trois types d'entretien, en premier lieu, on trouve l'entretien non-directif, qui est centré sur la personne. Le chercheur pose une question, une consigne de départ, soigneusement préparée et élaborée, puis il s'efface pour laisser parler le sujet. Dans ce type d'entretien, le sujet peut déborder largement par rapport au thème initial, c'est-à-dire le sujet n'est dans l'obligation de suivre un schéma strict, mais il est libre de parler de tout ce que lui vient à l'esprit.

L'entretien directif, comme deuxième type, se caractérise par la précision des réponses.

L'entretien directif correspond davantage au questionnaire dans lequel les questions sont préparées, ordonnées et posées d'une manière hiérarchique. Les questions sont soit ouvertes et le sujet ne répond qu'à la question sans développer sa réponse, soit les questions sont fermées où le sujet doit cocher la ou les bonnes réponses. (KH.chAHRAOUI ET H. BENONY, 2003, p.141)

### **3-1-1-Entretien clinique semi-directif**

L'entretien semi-directif, est selon C. Chilland, « c'est une situation où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance mais les questions ne sont pas formulées à l'avance, elle s'adapte à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple ». (C. Chilland 1983, p. 11). Dans ce type d'entretien, le chercheur doit préparer un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées à l'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur ce thème sans l'interrompre. En revanche, l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien, du fait qu'un cadre et une trame sont proposés par le chercheur pour le déroulement du récit. (K. Chahraoui, H. Bénony, 2003, P. 141 – 142).

### 3-2 Le guide d'entretien

#### Information personnel :

\*nom et prénom :

\*âge :

\*niveau d'étude :

\*situation professionnelle :

\*situation familiale :

#### Axe1 : informations sur la maladie :

\*depuis quand vous avez cette maladie ?

\*aviez vous quel âge lors du diagnostic de la maladie ?

\*comment était votre réaction envers cette maladie ? Avez-vous accepté directement ou avez vous pris du temps pour ça ?

\*avez-vous des informations sur cette maladie avant votre diagnostic ?

\* avez-vous quelqu'un dans votre famille qui souffre de cette maladie ou vous êtes le seul ?

\*est ce que l'expérience de la maladie vous a permis de développer d'autre savoir ?

\*comment était votre réaction après la première séance d'hémodialyse ?

\*est ce que vous suivi un régime alimentaire ? Si c'est oui est ce que vous trouvez des difficultés par rapport a ça ?

\*comment vous gérer cette maladie et le traitement et votre vie professionnelle ?

#### Axe2 : informations sur l'état émotionnel :

\*est ce que vous avez beaucoup ou peu d'intérêt à faire des nouvelles choses ?

\*comment vous vous réagie face a des situations difficiles ?

\*est ce que vous vous énerver rapidement quant quelqu'un vous contrarier ?

\* pouvez-vous me dire comment vous vous voyez dans l'avenir ?

\*est ce que vous avez un problème d'aborder le sujet de votre maladie devant votre entourage ?

### **Axe3 : informations familiale et sociale :**

\*qu'elle est la réaction de votre famille face à cette maladie chronique ?

\* avez-vous l'air d'être rejeter la société à cause de votre maladie ?

\*est ce que vous avez beaucoup de relation amical ?

\*est ce que ça vous gêne d'être traité comme malade au sein de votre famille ou dans la société ?

\* pouvez-vous me décrire vos relations avant et après la maladie ?

\* qu'elle est l'image qu'il vous semble que l'on associe à votre maladie dans la société ?

\*y a-t-il des choses concernant votre maladie ou votre traitement qui est difficile à exprimer à votre entourage ?

### **3-3-Échelle de désespoir de Beck (Beck Hopelessness Scale ou BHS)**

Échelle de désespoir de Beck (Beck Hopelessness Scale ou BHS) Éléments mesurés L'Échelle de désespoir de Beck (BHS; Beck et Steer, 1988) a été conçue pour mesurer les attitudes négatives concernant l'avenir d'une personne et son incapacité perçue d'éviter les événements négatifs de la vie. Format Vingt questions vrai ou faux permettent de mesurer trois aspects du désespoir :

- les sentiments négatifs envers l'avenir;
- la perte de motivation;
- les attentes pessimistes.

Chacune des 20 questions reçoit un score de 0 ou 1. Le score total est calculé en additionnant les réponses pessimistes à chacune des 20 questions, et plus le score est élevé plus le désespoir est grand. Le score seuil indiqué pour la BHS est 9 (Beck, Steer et al. 1985). Milieu et population ciblés La BHS peut être utilisée pour les patients psychiatriques et non psychiatriques (population en général), ainsi que pour les personnes âgées (Neufeld et coll., 2010). Elle peut être utilisée en médecine légale, où un score seuil de 5 a été donné au risque de suicide (McMillan et coll., 2007).

**Propriétés psychométriques** Les notes obtenues par la BHS se sont avérées fiables, et les notes relatives à la cohérence interne, selon le coefficient alpha de Chronbach, vont de  $\alpha = 0,82$  à  $\alpha = 0,93$  chez les groupes de personnes souffrant de maladie mentale (Beck et Steer, 1988) ou à  $\alpha = .0,88$  chez les patients non psychiatriques (Steed, 2001). Après avoir comparé les notes de la BHS à l'évaluation clinique du désespoir, on a constaté des corrélations modérées entre les réponses des deux évaluations dans un groupe de patients en médecine générale ( $r = 0,74$ ) et dans un groupe de personnes ayant tenté de se suicider ( $r = 0,62$ ) (Beck et coll., 1974).

**Autres considérations** On estime que la BHS serait un bon outil d'évaluation initiale afin d'identifier les personnes qui ont besoin d'une évaluation clinique du risque de suicide plus complète (McMillan et coll., 2007). L'utilisation de la BHS n'est pas conseillée pour identifier les personnes à très haut risque d'automutilation non suicidaire répétée, ni pour mener une évaluation aux urgences (Cochrane-Brink et coll., 2000).

### Calcul de l'indice alpha de Cronbach

Imaginez que nous recommencions la méthode *split-half* avec des regroupements différents d'éléments jusqu'à ce que nous ayons calculé les coefficients de corrélation de TOUS les regroupements différents possibles.

L'indice alpha de Cronbach (représenté par la lettre grecque «  $\alpha$  ») est l'équivalent mathématique de l'estimé *split-half* moyen de TOUS les estimés *split-half* possibles. Cette procédure se fait en gardant le même échantillon et non en sélectionnant un nouvel échantillon pour chaque combinatoire *split-half*. Avec une échelle de 100 éléments, imaginez le nombre d'échantillons que vous devriez créer !

$$\alpha = \frac{N * \bar{r}}{1 + (N - 1) * \bar{r}}$$

M. Cronbach a concocté une formule qui permet de faire l'approximation en un seul calcul. L'indice résultant est une expression décimale qui varie entre 0 et 1. Plus la valeur alpha s'approche de 1, plus l'ensemble d'éléments est homogène.

Dans la formule, N correspond au nombre d'éléments dans l'analyse et r représente le coefficient inter-items moyen. Il faut noter que la formule proposée est celle de l'indice alpha standardisé

On peut constater à partir de la structure de la formule que plus une échelle ne comporte d'éléments, plus l'indice alpha de Cronbach ne risque d'augmenter. De

même, une faible corrélation inter-items fera diminuer l'alpha, tandis qu'une corrélation inter-items élevée le fera augmenter.

Ceci fait bien du sens dans la mesure où des éléments fortement corrélés entre eux indiquent vraisemblablement la mesure d'un même construit et c'est exactement ce que l'on veut dire lorsque l'on dit d'une échelle qu'elle possède une bonne ou une mauvaise cohérence interne.

Ceci fait référence également à l'idée qu'une échelle mesure un construit sous-jacent qui est unidimensionnel. En effet, si les éléments qui constituent l'échelle mesurent plus d'un construit (multidimensionnel), l'indice alpha sera probablement très bas.

Pour bien faire les choses, le chercheur devra regrouper et séparer les éléments en fonction du construit mesuré et refaire le calcul de l'indice alpha pour chaque ensemble d'éléments.

### La consigne

Dans ce questionnaire vous trouverez 20 phrases qui expriment des sentiments des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, **indiquez si elles vous correspondent ou non en encerclant vrai au faux**. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout être personnelle.

EA 4206 CAPS

**QUESTIONNAIRE** Date : ..... / ..... / .....

Prénom : ..... Age .....ans Femme O / Homme O

**CONSIGNES** – Dans ce questionnaire, vous trouverez 20 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, **indiquez si elles vous correspondent ou non en encerclant vrai ou faux**. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout être personnelle.

1. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme..... \_  
Vrai \_ Faux
2. Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi.. \_ Vrai \_ Faux
3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours.....  
\_ Vrai \_ Faux
4. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans.....  
\_ Vrai \_ Faux
5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire faire le plus.....  
\_ Vrai Faux

6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi.....  
 \_ Vrai\_Faux
7. Mon avenir me semble plus sombre.....  
 \_ Vrai\_Faux
8. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens. Vrai\_Faux
9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur..Vrai\_Faux
10. Mon expérience passée m'a préparé parfaitement pour l'avenir.....  
 \_ Vrai\_Faux
11. Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir.....  
 \_ Vrai\_Faux
12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus .....  
 \_ Vrai\_Faux
13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant.....\_Vrai\_Faux
14. Les choses ne sont pas comme je le veux.....  
 Vrai\_Faux
15. J'ai foi en l'avenir.....  
 Vrai\_Faux
16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit.....  
 .....\_VraiFaux
17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le future .\_Vrai\_Faux
18. L'avenir me semble vague et incertain.....  
 \_ Vrai\_Faux
19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments.....  
 \_ Vrai\_Faux
20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que Probablement je ne l'obtiendrai pas.....\_ Vrai\_Faux

**4- Les difficultés du terrain**

C'est important d'aborder ce point, pour faire éclairer aux lecteurs sur certaines difficultés rencontrées au cours de la réalisation de notre modeste travail :

Les obstacles rencontrés sont :

- Manque d'étude antérieure sur notre thème.

- La difficulté de trouver l'outil adéquat (test, questionnaire, échelle...)
- Manque de bonnes conditions de travail (absence de bureau du psychologue dans le service) ce qui nous a obligés à faire passer nos entretiens au bureau des médecins.
- Difficulté de bien choisir le moment de la passation de l'entretien, par ce qu'au moment et après la séance de la dialyse les patients seront fatigués et faibles.
- Et en fin la difficulté épidémiologique (COVID 19) se qui nous a obligé d'arrêter le stage pratique, par demande du chef de service des deux lieux de stage, se qui nous a empêché de ne pas finir avec nos cas.

### **Conclusion**

La méthode de recherche est la base Principe de tout travail scientifique sur la quelle se construit une étude empirique, et un bon usage des techniques d'investigation choisies et une rigueur, dans l'analyse des données recueillies. Ces dernières seront présentées et analysées dans le chapitre suivant. Qui vont nous permettre d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

**Chapitre V**  
**Présentation et analyse des résultats et**  
**discussion des hypothèses**

**Préambule :**

Dans ce dernier chapitre, nous présentons et analysons les données des entretiens utilisés et questionnaire « hopelessness scale » réalisés, afin de vérifier nos hypothèses pour bien pouvoir les confirmer ou les infirmer.

En premier lieu il s'agit d'une analyse globale de l'entretien, dans ce cas nous allons présenter sous forme d'un tableau les données de chaque cas, ce là pour les cas qu'on n'a pas réalisés avec eux le questionnaire à cause des raisons sanitaires, et en deuxième lieu on va présenter les cas qu'on a effectués avec eux le questionnaire et en fin on va analyser nos hypothèses.

**1-1-présentation des dimensions de l'analyse de l'entretien :**

On a analysé notre entretien selon trois dimensions essentielles, et chaque dimension se compose de trois sous-dimensions :

**1-1-1-Dimension de la santé physique :**

- santé antérieure.
- santé actuelle.
- complications.

**1-1-2- dimension de la santé physique :**

- La réaction des patients.
- Activité vitale des patients.
- Expression des souvenirs et projet d'avenir.

**1-1-3- Les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle :**

- relation avec la famille.
- relation sociale.
- vie sexuelle.

Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique :

1) Tableau représentatif de la santé physique des cas :

	La santé physique								
	La santé antérieure			la santé actuelle			Les complications		
	bonne	moyenne	mauvaise	bonne	moyenne	mauvaise	Bonne	moyenne	Mauvaise
1 Lamia			<b>X</b>			<b>X</b>		<b>X</b>	
2 Amina		x			<b>X</b>			<b>X</b>	
3 Djaloul	<b>X</b>				<b>X</b>				
4 Aziza		x				<b>X</b>			<b>X</b>
5 Nourdin		x				x			<b>X</b>
6 samira	<b>X</b>				<b>X</b>				<b>X</b>
7 Farida			<b>X</b>			<b>X</b>			<b>X</b>
8 Sadia		x			<b>X</b>			<b>X</b>	
9 wahid	<b>X</b>					<b>X</b>		<b>X</b>	
10 Makhlouf			x			<b>X</b>			<b>X</b>
11 Djamal		x				<b>X</b>		<b>X</b>	
12 Dalila		x				x		<b>X</b>	
13 Roza	<b>X</b>					<b>X</b>			<b>X</b>
14 Mariama		x				<b>X</b>			<b>X</b>
15 Amine		x				x		<b>X</b>	
16 Ilheme		x				x		<b>X</b>	
17 Howa			x			<b>X</b>			<b>X</b>
18 Ali		x				<b>X</b>			<b>X</b>
19 Nadira	<b>X</b>					<b>X</b>		<b>X</b>	

20 Chafia		<b>X</b>			<b>X</b>			<b>X</b>	
21 Fouzia			<b>X</b>			<b>X</b>			<b>X</b>
22 Nadia	<b>X</b>				<b>X</b>				<b>X</b>
23 Saliha		<b>X</b>				<b>X</b>			<b>X</b>
24 Zouhra			<b>X</b>			<b>X</b>			<b>X</b>
25 Fatima		x			x				x
26 Hakim		x				x			x
27 Akila		x				x			x
28 nouria		x			x			x	
29 rachida	<b>X</b>					<b>X</b>			<b>X</b>
30 ahmed		x				x		x	
<b>totale</b> / pourcentage	<b>7/</b> <b>23.33</b> <b>%</b>	<b>17/</b> <b>56.66</b> <b>%</b>	<b>6/20%</b>	<b>0</b>	<b>8/</b> <b>26.66%</b>	<b>22/</b> <b>73.33%</b>	<b>3</b> <b>/</b> <b>10%</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>/</b> <b>40%</b>	<b>16</b> <b>/</b> <b>53.33%</b>

Le tableau ci-dessus présente l'état physique de nos cas qui est réparti en trois dimensions : la première dimension concerne «la santé antérieure », la deuxième dimension nous renvoi à «la santé actuelle » des cas, et la troisième dimension traduit «les complications » de la santé de nos cas. Les dimensions sont évaluées selon trois degrés: bonne, moyenne, mauvaise.

D'après les résultats obtenus dans la dimension« santé antérieure », on constate que le pourcentage des personnes ayant une santé antérieure moyenne (56.66%) est plus élevé par rapport aux pourcentages des personnes qui ont une bonne (23.33%) et mauvaise (20%) santé antérieure. En revanche, les résultats obtenus dans la dimension de «la santéactuel » montrent une altération de cette dernière qui est devenue mauvaise (73.33). Tandis que les résultats obtenu dans la dimension « des complications » montrent que la moitié de nos cas présentent des complications, dont le taux est estimé à53.33%. En constate Donc que notre groupe de recherche souffre d'une mauvaise santé physique.

2) Tableau représentatif de la santé psychologique des cas :

	La santé psychologique								
	La réaction des patients			Activité vitale des patients			Expression des souvenirs et projet d'avenir		
	bonne	moyenne	mauvais	bonne	moyenne	mauvais	Bonne	moyenne	mauvais
1 Lamia			X			X		X	
2 Amina			X		X			X	
3 Djaloul		X			X		X		
4 Aziza			X			X		X	
5 Nourdin			X		X				X
6 Samira		X		X			X		
7 Farida			X			X			X
8 Sadia		X			X			X	
9 wahid			X		X		X		
10 Makhlouf		X			X				X
11 Djamal		X				X		X	
12 Dalila			X		X				X
13 Roza			X		X				X
14 Mariama			X			X			X
15 Amine			X	X			X		
16 Ilheme			X		X			X	
17 Howa			X			X			X
18 Ali		X				X			X
19 Nadira			X	X				X	
20 Chafia		X			X		X		

21 Fouzia		<b>X</b>			<b>X</b>				<b>X</b>
22 Nadia			<b>X</b>		<b>X</b>				<b>X</b>
23 Saliha		<b>X</b>			<b>X</b>				<b>X</b>
24 Zouhra			<b>X</b>			<b>X</b>			<b>X</b>
25 Fatima			<b>X</b>			<b>X</b>			<b>X</b>
26 Hakim			<b>X</b>			<b>X</b>			<b>X</b>
27 Akila			<b>X</b>		<b>X</b>		<b>X</b>		
28 Nouria			<b>X</b>		<b>X</b>				<b>X</b>
29 Rachida			<b>X</b>		<b>X</b>			<b>X</b>	
30 ahmed		<b>X</b>		<b>X</b>			<b>X</b>		
Total / pourcentage	<b>0</b> / <b>0%</b>	<b>11</b> / <b>36.66%</b>	<b>19</b> / <b>63.33%</b>	<b>4</b> / <b>13.33%</b>	<b>16</b> / <b>53.33%</b>	<b>10</b> / <b>33.33%</b>	<b>7</b> / <b>23.33%</b>	<b>8</b> / <b>26.66%</b>	<b>15</b> / <b>50%</b>

Dans ce deuxième tableau qui présente trois dimensions de « la santé psychologique » : la première dimension concerne « la réactions des patients », la deuxième dimension est « l'activité vitale des patients », la troisième dimension concerne « l'expression des souvenirs et projet d'avenir ».

D'après les résultats obtenus, on constate que 63.33% de nos cas ont présenté une mauvaise réaction. Alors que la majorité des cas ont une activité vitale moyenne dont le taux est à : 53.33%.

Concernant l'expression des souvenirs et projet d'avenir de nos cas, on remarque que 50% des cas ne présentent aucun projet d'avenir.

Une évaluation négative et moyenne de la « dimension psychologique », ce qui signifie que la santé psychologique des personnes hémodialysés peut être moyenne comme elle peut être mauvaise.

3) Tableau représentatif des caractéristiques de relation d'objet et de vie sexuelle :

Les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle									
	Les relations avec la famille			Les relations sociales			La vie sexuelle		
	Bonne	moyenne	mauvais	Bonne	moyenne	mauvais	bonne	Moyenne	mauvais
1 Lamia			X		X				
2 Amina	X				X			X	
3 Djaloul	X			X				X	
4 Aziza	X				X				X
5 Nourdin		X			X			X	
6 Samira	X			X					X
7 Farida			X			X			
8 Sadia		X			X			X	
9 wahid	X			X					
10 Makhlouf		X			X			X	
11 Djamal			X			X			X
12 Dalila		X				X	X		
13 Roza			X			X			X
14 Mariama		X				X			
15 Amine	X			X					
16 Ilheme	X					X			
17 Howa	X			X				X	
18 Ali	X					X			X
19 Nadira		X			X		X		

20 Chafia	<b>X</b>			<b>X</b>				<b>X</b>	
21 Fouzia		<b>X</b>				<b>X</b>			
22 Nadia			<b>X</b>		<b>X</b>				<b>X</b>
23 Saliha	<b>X</b>					<b>X</b>	<b>X</b>		
24 Zouhra		<b>X</b>				<b>X</b>		<b>X</b>	
25 Fatima		<b>X</b>		<b>X</b>				<b>X</b>	
26 Hakim			<b>X</b>			<b>X</b>			
27 Akila	<b>X</b>			<b>X</b>					
28 Nouria	<b>X</b>			<b>X</b>				<b>X</b>	
29 Rachida	<b>X</b>			<b>X</b>					
30 Ahmed	<b>X</b>				<b>X</b>		<b>X</b>		
<b>Total</b> / pourcentage	<b>15</b> / <b>50%</b>	<b>9</b> / <b>30%</b>	<b>6</b> / <b>20%</b>	<b>10</b> / <b>33.33</b>	<b>9</b> / <b>30%</b>	<b>11</b> / <b>36.66</b>	<b>4</b> / <b>20%</b>	<b>10</b> / <b>50%</b>	<b>6</b> / <b>30%</b>

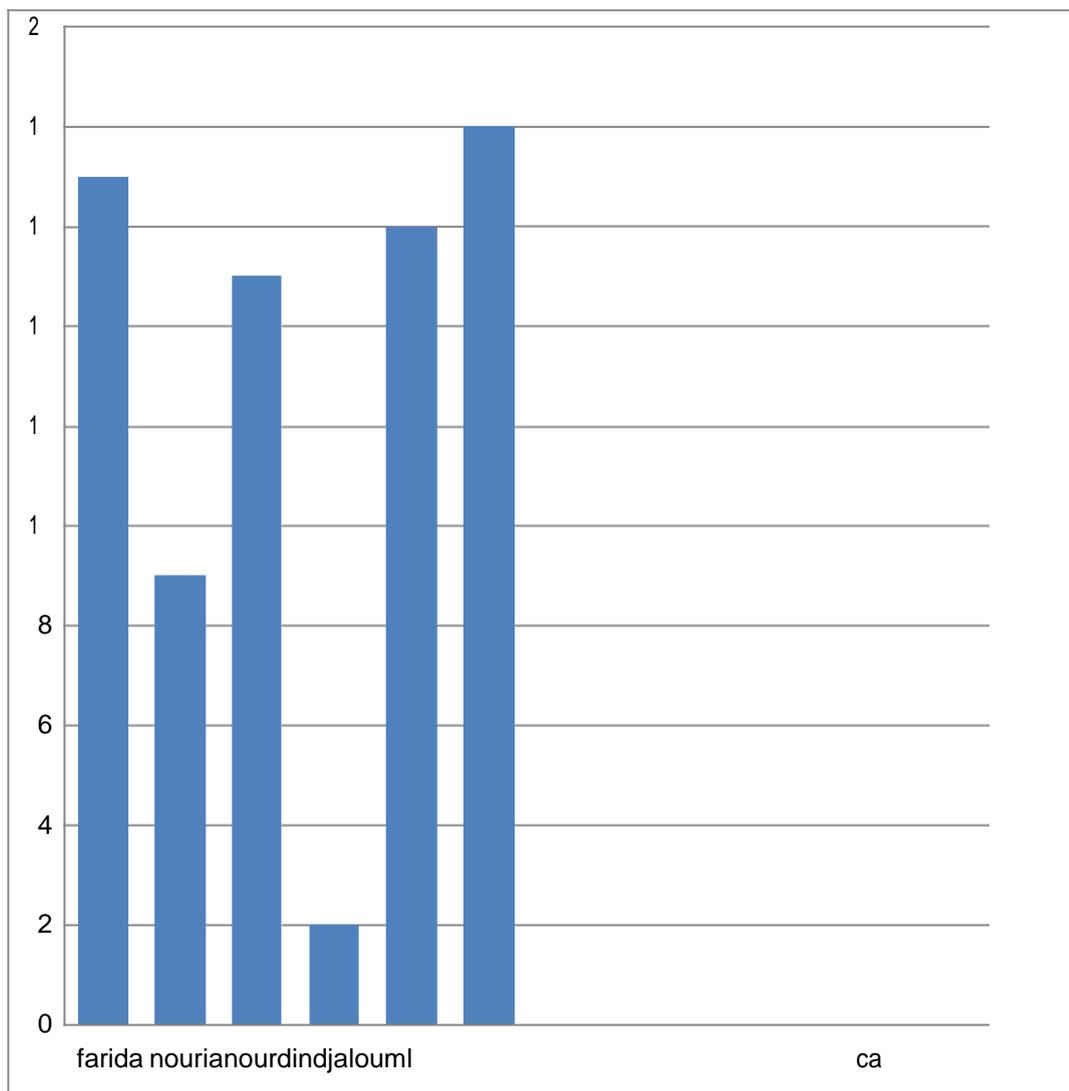
Le tableau ci-dessus représente les caractéristiques de la relation d'objet et la vie sexuelle » de notre groupe de recherche. Elles se composent de trois dimensions essentielles : la première traduit les « relations familiales », la deuxième concerne les « relations sociales », la troisième revoie à la « vie sexuelle ».

Les résultats obtenus concernant les relations familiales montrent que 50% de nos cas maintient des bonnes relations avec leurs familles et que 30% de nos cas ont des relations assez bonnes, alors que 20% d'entre eux ont des mauvaises relations avec leurs familles. Par rapport à leurs relations sociales on constate que les taux se convergent. Cependant, les résultats de la dimension de « la vie sexuelle » montrent que la vie sexuelle de nos cas est moyenne mais les hommes sont les plus touchés que les femmes, d'après le témoignage de nos cas.

En générale, on constate que les caractéristiques de la relation d'objet et la vie sexuelle de notre groupe de recherche ont un degré moyenne.

A partir des trois tableaux présentés ci-dessus, qui représentent les résultats d'analyse des entretiens cliniques effectués avec nos cas, on déduit une altération de la santé physique et psychologique de nos cas après l'annonce du diagnostic d'insuffisance rénale chronique, par contre la relation d'objet ce différent d'un cas à l'autre.

**4) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de désespoir «hopelessness scale » :**



**Graphique récapitulatif des notes obtenues par le test**

Le graphique présenté ci-dessous nous montre les notes obtenues par 06 cas de notre groupe de recherche\* dans l'échelle de désespoir « hopelessness scale », dans la ligne horizontale on a les cas présentés et la ligne verticale on a le score obtenu dans le test, on voit que les résultats obtenus sont différents d'un cas à l'autre, on a la note la plus élevée et de 18/20 obtenus par Lamia ; et la note la plus basse qui est\* en raison du confinement on n'a pas pu faire passer l'échelle de hopelessness scale, 2/20 obtenus par Djeloul ; et les autres cas ont obtenu des notes qui se

Varie entre 9/20 et 17/20.

### 5) Résultat de l'échelle de Beck (désespoir « hopelessness scale »)

sur nos cas :

Cas	Age	Note obtenue dans le questionnaire (H) de désespoir	Les normes de l'échelle de désespoir	Durée de l'atteinte
Farida	46 ans	17/20	9/20	14 ans
Nouria	42 ans	9/20	9/20	4 ans
Nourdin	61 ans	15/20	9/20	19 ans
Djeloul	50 ans	2/20	9/20	6 mois
Meriam	35 ans	16/20	9/20	8 ans
Lamia	19 ans	18/20	9/20	5 ans

On remarque que quatre (04) cas dépassent le seuil de l'échelle qui est 9, et que les scores obtenus se varient entre 15 et 18/20. En revanche les deux autres cas ont obtenu un score qui égale à la moyenne (1cas) ou en dessous du seuil estimé (2/20). De ce fait, les résultats obtenus dans l'échelle de désespoir nous montrent que la majorité de nos cas hémodialysés présente un degré de désespoir élevé.

## 6) Discussion et analyse des hypothèses

### 6-1- Discussion des hypothèses :

A partir des résultats obtenus à travers l'entretien clinique et l'échelle de Beck (hopelessness scale on a pu évaluer le degré de désespoir chez notre groupe de recherche atteint de l'insuffisance rénale chronique et terminale, ce qui nous a permis de vérifier nos hypothèses : La première hypothèse qui est : « les personnes qui souffrent de l'insuffisance rénale chronique ou terminal n'ont pas tous le même degré de désespoir, il se diffère d'un cas à un autre. » était affirmée par quatre sujets, Farida a obtenu un score 17/20, Nouridine avec un score de 15/20, Meriama a un score 16/20 et Lamia a obtenu un score de 18/20 qui indiquent un niveau élevé de désespoir. En revanche cette hypothèse est infirmée chez les deux autres sujets, le cas 02: Nouria avec un score de 9/20, et le cas 04: Djeloul avec un score de 2/20. C'est deux derniers ont un degré de désespoir bas par ce que ils ont un espoir d'avoir un rein c'est-à-dire de bénéficier d'une greffe rénale, et aussi le rôle de soutien familiale et sociale.

De ce fait, on constate que l'insuffisance rénale chronique et terminal, a un impacte négative sur le degré de désespoir chez nos cas, ce qui a fait apparaitre les différents signes de désespoir chez ces derniers et que ce là se diffère d'un cas à un autre.

Par rapport à la deuxième hypothèse qui est : « Les hémodialysés qui souffrent de cette maladie dent plus de 5 ans sont plus désespérer que ceux qui ont moins de 5ans de dialyse. »

d'après les résultats obtenus à partir de notre analyse sur cette hypothèse, on a pu la confirmé et que les cas qui ont plus de cinq ans de dialyse présent un taux de désespoir plus élevé que ceux qui ont un durée de moins de cinq ans.

On constate que nos deux hypothèses ont été confirmées par rapport à notre groupe de recherche, il reste à souligner que nos hypothèses sont réfutable Et non absolus, car les résultats obtenus de notre groupe de recherche qui est restreinte ne représente pas la population mère de toutes les hémodialyses.

**Synthèse :**

Dans ce chapitre on a présenté nos cas et on a analysé les données de notre entretien et du questionnaire utilisé et on a pu confirmer nos hypothèses élaborées au début de notre recherche.

# **Conclusion**

## **Conclusion**

Au passé, la prise en charge des maladies somatique se faisait seulement en se basant sur des thérapies médicales, et néglige les autres dimensions de la structure humaine, psychologique, relationnel, et sur tous affectif et émotionnel.

Comme notre sujet d'étude se focalise sur le volet émotionnel, nous avons choisi comme référence théorique, la théorie cognitivo-comportementale qui aborde et traite cet aspect émotionnel à l'objet dans toutes ses dimensions et de façon profonde.

Au long de notre recherche portée sur « le degré de désespoir chez les hémodialysées », on a essayé d'éclairer modestement, l'altération de la dimension psychologique, après avoir diagnostiqué une maladie somatique, d'après notre confrontation avec le terrain dans la pré-enquête, on a met les hypothèses suivantes « les personnes qui souffrent de l'insuffisance rénal chronique ou terminal n'ont pas tous le même degré de désespoir il est différent d'un cas a un autre », on est arrivé a déduire que le désespoir chez les hémodialyses se développe progressivement et les hémodialysés n'ont pas tous le même degré de désespoir et qu'il se diffère d'un cas a un autre.

La deuxième hypothèse qui est « Les hémodialysés qui souffrent de cette maladie dent plus de 5 ans sont plus désespérer que ceux qui ont moins de 5ans de dialyse », de ce fait nous avons démontré que les personnes qui est ont dialyse depuis plus de cinq ans présente un degré de désespoir très élevée.

Aussi on a remarqué que, l'espoir de guérir est nettement meilleurs pour les patients hémodialysés qui ont un donneur de rein potentiel par rapport à ceux qui n'en ont pas, malgré que le temps de dialyse dépasse les cinq ans.

D'après notre recherche, on a conclu que l'insuffisance rénal terminale est le dernier stade de l'insuffisance rénale chronique qui veut dire que la perte totale de la fonction rénal, qui met la personne face a un danger et les contraintes de l'hémodialyse conduit certains hémodialysés à développer des problèmes psychologique et aussi aller vert le désespoir c'est-à-dire que la personne est dans un retentissement psychologique.

Comme aussi son entourage doit être informé soutenue afin de ne pas risquer qu'il se démobilise. Soignants, proche, famille dent travaillerons ensemble pour

augmenter le degré de l'espoir de ses malades parce que ils sont une capitale du soutien d'accompagnement pour affronter la maladie.

Cette maladie entretient un nombre très important d'effets indésirables de contraintes de soucis relationnelles, professionnel, sociaux ou leur qualité de vie sera effectivement jamais plus la même il est souvent très difficile pour eux de réinvestir de nouveaux centres d'intérêt ainsi sont-ils souvent très défaitistes, fataliste et il n'est pas rare qu'il présente des idées suicidaires.

Enfin, en fonction de nos observations faites sur le terrain et après un contact rigoureux avec le groupe de notre recherche, nous avons constaté que les traitements médicamenteux sont insuffisants face à la chronicité de la maladie, car les douleurs sont d'autant d'origine psychologique qu'organique d'où la nécessité d'un soutien psychologique et familiale adapté.

Quoi qu'il en soit, Une attitude est une écoute bienveillante sont primordiales, cette réalité menaçante de la maladie chronique doit être entendue et prise en considération par tous, en dépend la qualité de vie et de soins du patient.

Pour conclure, on pourrait dire que ce volet psychologique d'une maladie organique telle que l'insuffisance rénale chronique et terminale, est peu pris en charge dans notre pays, et on aimerait bien que les futures chercheurs s'approfondissent dans ce volet psychologique et mettent l'accent sur les autres effets de cette maladie sur l'état psychique des patients hémodialysés.

Ce qui nous a poussés à proposer les questions suivies :

- La possibilité de la greffe rénale chez les hémodialysés diminue-t-elle le degré de désespoir ?
- La dialyse a-t-elle une influence négative sur le coût relationnel et professionnel des patients ?

## **Liste bibliographique**

**Liste bibliographique**

1. B énony, H , Chahraoui, K. (1999). «**L'entretien clinique** ». Paris, France : DOUND.
2. B énony, H, Chahraoui, K. (2005). «**L'entretien clinique** ». Paris, France DOUND.
3. Boubak .A. (16 septembre, 2009). «**1300 Alg ériens souffrent d'insuffisance rénale**», la tribu.
4. Boubchir.M.A. (2004), «**monographie sur l'insuffisance rénale chronique** », Alger., Ed office des publications universitaires.
5. Boubchir.M.A.Alloche, A.H.Haned. (2007). «**maladie rénale** »Alger: office des publications universitaires
6. Chata-mouni.N. (2013), «**l'expression verbale des émotions**», la rousse, France.
7. Clemence.S. (2010). «**l'approche psychosomatique du patiente dialysé HAL** ». France .Ed dumas.
8. Cupa.D. (2002) «**psychologie en néphrologie** », paris, EDK.
9. Darcon, M. (2009). «**insuffisance rénale chronique** ». Association Française des infirmier(e)s de dialyse, Transplantation et néphrologie. L'infirmier(e) en néphrologie, (3eme éd).
10. Education du Patient et Enjeux de Santé Vol. 24, n °1. 2006
11. Fr éd érick, D. (2008), «**de psymal et les conduites suicidaires** », universit é de Quebec a trois rivi éres, Quebec
12. Jacqueline. G. (2006), «**la rousse m édicale** » paris, Ed la rousse.
13. Jean,L, paul,F. (2016) «**l'infirmier en néphrologie** ».France, Ed Elsevier masson.
14. Kierkegaard, C. ( 1849), «**trait édu d désespoir, folio essais** », France
15. Libbey, J. (2000), «**la crise suicidaire** », Eurotext, France
16. Olmer, M. (2007) «**vivre une maladie des reins dialyse et transphlantation rénale** », lion.
17. Organisation mondiale de la santé (2001). «**Classification mondiale des maladies chronique** ». Paris, France : Masson
18. Pedinielli, J.-L. (2005). «**L'observation clinique et l'étude de cas** ». Paris, France, Tout le Savoir 123.
19. philibert cecretan. (2013), «**r éflexions sur le désespoir** », abbaye saint-maurice, Suisse.

20. Philippot.P. (2007), «**émotion et psychothérapie**», Belgique, édition Mardaga.
21. Pucheu, P. (2015) « **aspect psychologique de l'insuffisance rénale chronique** », paris.
22. Redermarcher. (2004), « **Guide pratique de l'hémodialyse** ».
23. Rien Echos (septembre, 2011), «**Association la ligue rein et santé** », N°10, 57 pages
24. Robert, D.( 2002), «**expression des émotions**», PUF, paris, France.
25. Vassilis,k.(2012), «**manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte**», PUF, France.

### *Sites internet*

26. [www.écoute-psy.com](http://www.écoute-psy.com), **auteur** Berneron, M, Blache, M. (2018).
27. [www.synergologie.org](http://www.synergologie.org).(2017)
- 28.[www.fran norien.org](http://www.fran norien.org)
- 29.[www.passesportsanté.net](http://www.passesportsanté.net).2009
- 30.[www.dialyse.asso.fr/dossier/histor de la diayse.htm](http://www.dialyse.asso.fr/dossier/histor de la diayse.htm)

# **Annexes**

## 1-Le guide d'entretien

### Information personnel :

\*nom et prénom :

\*âge :

\*niveau d'étude :

\*situation professionnelle :

\*situation familiale :

### Axe1 : informations sur la maladie :

\*depuis quand vous avez cette maladie ?

\*aviez vous quel âge lors du diagnostique de la maladie ?

\*comment était votre réaction envers cette maladie ? Avez-vous accepté directement ou avez vous pris du temps pour ça ?

\*avez-vous des informations sur cette maladie avant votre diagnostique ?

\*avez-vous quelqu'un dans votre famille qui souffre de cette maladie ou vous êtes le seul ?

\*est ce que l'expérience de la maladie vous a permis de développer d'autre savoir ?

\*comment était votre réaction après la première séance d'hémodialyse ?

\*est ce que vous suivi un régime alimentaire ? Si c'est oui est ce que vous trouvez des difficultés par rapport a ça ?

\*comment vous gérer cette maladie et le traitement et votre vie professionnelle ?

### Axe2 : informations sur l'état émotionnel :

\*est ce que vous avez beaucoup ou peu d'intérêt à faire des nouvelles choses ?

\*comment vous réagissez face a des situations difficiles ?

\*est ce que vous vous énervez rapidement quand quelqu'un vous contrarie ?

\* pouvez-vous me dire comment vous vous voyez dans l'avenir ?

\*est ce que vous avez un problème d'aborder le sujet de votre maladie devant votre entourage ?

### Axe3 : informations familiale et sociale :

\*qu'elle est la réaction de votre famille face à cette maladie chronique ?

\* avez-vous l'air d'être rejeter la société à cause de votre maladie ?

\*est ce que vous avez beaucoup de relation amical ?

\*est ce que ça vous gêne d'être traité comme malade au sein de votre famille ou dans la société ?

\* pouvez-vous me décrire vos relations avant et après la maladie ?

\* qu'elle est l'image qu'il vous semble que l'on associe a votre maladie dans la société ?

\*y a-t-il des choses concernant votre maladie ou votre traitement qui est difficile à exprimer a votre entourage ?

## QUESTIONNAIRE

Date : ..... / ..... / ..... Prénom : ..... Age ..... ans Femme O / Homme O

### CONSIGNE :

Dans ce questionnaire, vous trouverez 20 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez si elles vous correspondent ou non en encerclant vrai ou faux. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout être personnelle.

1. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme.....  
Vrai Faux

2. Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi.... Vrai Faux

3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours..... Vrai Faux

4. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans.....  
Vrai Faux

5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire faire le plus... ..  
Vrai Faux

6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi..... Vrai Faux

7. Mon avenir me semble plus sombre.....  
Vrai Faux
8. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens..... Vrai Faux
9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur..... Vrai Faux
10. Mon expérience passée m'a préparé parfaitement pour l'avenir ..... Vrai Faux
11. Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir.....  
Vrai Faux
12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus..... Vrai Faux
13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant..... Vrai Faux
14. Les choses ne sont pas comme je le veux..... Vrai Faux
15. J'ai foi en l'avenir.....  
.... Vrai Faux
16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit.....  
..... Vrai Faux
17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur..... Vrai Faux
18. L'avenir me semble vague et incertain..... Vrai Faux
19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments..... Vrai Faux
20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas.....  
..... Vrai Faux

# **Glossaire**

### A

**Anémie** : diminution du nombre de globules rouges dans le sang.

**Anticorps** : protéine produite par réaction à l'invasion de l'organisme par un corps étrange (antigène).

**Artère** : vaisseau partant du cœur qui distribue le sang à tout l'organisme.

**Artère rénale** : grand vaisseau qui distribue le sang aux reins afin d'y être purifié

### B

**Bassin** : sorte d'entonnoir qui recueille les urines et les déverse dans l'uretère.

### C

**Calcium** : sel minéral nécessaire à la consolidation des os et au fonctionnement de l'organisme.

**Calcitriol** : forme active de la vitamine D

**Cathéter** : tube creux servant à injecter des liquides dans l'organisme et/ou à les vider. **Cavité péritonéale** : cavité abdominale. Contient les intestins et d'autres organes internes.

**Chélateur** : substance qui peut fixer des ions métalliques en constituant avec eux un composé soluble et non toxique éliminable dans les urines. C'est donc un produit qui capte des molécules pour en permettre l'élimination.

**Cholestérol** : molécule lipidique produite naturellement par l'organisme et présente dans la plupart de ses tissus.

**Clairance de la créatinine** : mesure de l'efficacité des reins à extraire la créatinine et d'autres déchets du sang, au moyen d'une formule qui permet de mettre en rapport le taux de créatinine avec l'âge, le poids et le sexe de la personne. Un taux de clairance faible indique un fonctionnement anormal des reins. **Compatibilité croisée (test de)** : analyse de sang qui permet d'évaluer le degré de compatibilité entre donneur et receveur d'une greffe.

**Créatinine** : déchets produits par l'action des muscles. En mesurant le taux de créatinine dans le sang, on peut avoir une indication du bon ou du mauvais fonctionnement des reins. Au fur et à mesure que la maladie rénale évolue, le taux de créatinine augmente.

## D

**Diabète sucré** : maladie du pancréas due à une diminution de la production d'insuline. Communément appelé diabète.

**Dialysat** : liquide spécial dans lequel s'accumulent les déchets au cours de la dialyse.

**Dialyse** : du grec, signifiant "séparer", "dissoudre". Traitement de l'insuffisance rénale. Utilise une méthode d'élimination mécanique des déchets et de l'excès d'eau contenus dans le sang.

**Dialyse péritonéale (DP)** : traitement de l'insuffisance rénale. Le dialysat est introduit dans la cavité péritonéale afin de purifier le sang de l'excès d'eau et des déchets qu'il contient.

**Dialyse péritonéale continue (DPC)** : méthode de DP "continue" parce que la cavité péritonéale est en permanence remplie de dialysat.

**Dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)** : méthode de DP continue qui permet d'échanger le dialysat à intervalles réguliers au cours de la journée.

**Dialyse péritonéale continue ambulatoire automatisée (DPCAA)** : méthode de DP continue qui permet, grâce à un appareil simple, de faire un ou des échanges supplémentaires pendant le sommeil.

**Dialyse péritonéale continue cyclique (DPCC)** : méthode de DP continue qui permet, grâce à un appareil appelé cycleur automatique, de faire des échanges réguliers pendant la nuit.

**Dialyseur** : rein artificiel. Fait partie de l'appareil de dialyse et sert de filtre pour éliminer les déchets du sang.

**Diurèse** : volume d'urine sécrété par les reins pendant une période de temps donnée (généralement 24h).

## E

**Échange** : Cycle complet de dialyse péritonéale. Comprend une entrée, une équilibration et une sortie du dialysat.

**Érythropoïétine (EPO)** : hormone qui stimule la moelle osseuse à produire des globules rouges.

**État de poids sec** : poids corporel atteint après l'élimination de l'excès de liquides au cours de la dialyse. Souvent appelé "poids sec".

## F

**Fistule** : jonction chirurgicale d'une veine et d'une artère. Sert de site d'accès au sang.

### G

**Globules blancs** : Cellules sanguines. Combattent les infections. Jouent un rôle actif dans le processus de rejet du rein greffé

**Glomérule** : filtre minuscule dans le rein, qui retire du sang les déchets et l'excès d'eau.

**Gloméulonéphrite** : inflammation des glomérules, les filtres minuscules des reins qui purifient le sang. Souvent appelée néphrite, ses causes sont nombreuses.

**Greffe de rein cadavérique** : type de greffe rénale. Le rein est prélevé sur une personne qui vient juste de décéder.

**Greffe de rein prélevé sur un donneur vivant** : type de greffe rénale. Le rein est prélevé sur un donneur vivant, généralement un proche parent.H

**Hémodialyse** : traitement de l'insuffisance rénale. Le sang passe dans un dialyseur pour être purifié de l'excès d'eau et des déchets qu'il contient.

**Héparine** : substance ajoutée au sang au cours de l'hémodialyse. Empêche la coagulation du sang dans le dialyseur.

**Hormone** : médiateur chimique. Régule les fonctions de l'organisme comme la tension artérielle et la production de globules rouges.

**Hyperpathie** : Syndrome douloureux qui se manifeste par une sensation douloureuse anormalement ressentie face à un stimulus répétitif et persistant à l'arrêt de l'excitation : contact du froid, palpation, mobilisation articulaire, effleurements des vêtements, etc.

**Hypertension** : haute pression artérielle. Cause ou conséquence de l'insuffisance rénale.

### I

**Immunosuppresseurs** : médicament qui supprime la réaction immunitaire de l'organisme. Aide à prévenir le rejet du rein greffé

**Insuffisance rénale** : détérioration progressive de la fonction rénale. Aussi appelé insuffisance rénale chronique (IRC).

**Insuffisance rénale aiguë** : détérioration rapide de la fonction rénale, souvent réversible, mais pas toujours.

**Insuffisance rénale chronique (IRC)** : détérioration lente et progressive de la fonction rénale. Aussi appelé insuffisance rénale, généralement irréversible.

**Insuffisance rénale terminale (IRT)** : phase de la maladie des reins qui nécessite un traitement, dialyse ou greffe. Le terme « terminale » renvoie à la fin de la fonction rénale. Aussi appelé insuffisance rénale au stade final ou ultime.

**Insuline** : hormone produite par le pancréas. Régule le taux de glucose (sucre) dans le sang.

### L

**Lupus érythémateux systémique** : maladie du système immunitaire. Affecte certains organes, dont les reins.

**Lymphocytes** : cellules du système immunitaire. Jouent un rôle dans le rejet des organes greffés.

### M

**Maladie polykystique autosomique dominante (MPAD)** : maladie rénale héréditaire. Caractérisée par la formation de kystes remplis de liquides dans les reins et dans d'autres organes.

**Membrane** : mince couche de tissu semi-perméable. Sert à filtrer les déchets du sang.

**Miction** : action d'uriner, désigne l'élimination d'urine par la vidange de la vessie.

### N

**Néphrologue** : médecin dont la spécialité est l'ensemble des maladies rénales et leur traitement.

**Néphron** : unité fonctionnelle du rein composée d'un glomérule relié à un tubule. Maintient l'équilibre chimique de l'organisme.

**Néphropathie de reflux** : Lésion des reins provoquée par un reflux anormal des urines vers la vessie.

### O

**Œdème** : gonflement des tissus provoqué par la rétention d'eau et de sel.

### P

**Paresthésie** : Sensation de fourmillements.

**Péritoine** : mince membrane qui tapisse les parois intérieures de la cavité péritonéale et recouvre les organes abdominaux. **Phosphore (phosphate)** : sel minéral contenu dans les liquides de l'organisme et régulé par les reins. Consolide les os quand son taux est normal. À des taux élevés, provoque démangeaisons et douleurs aux articulations.

**Plaquettes** : cellules sanguines. Jouent un rôle dans la coagulation du sang.

**Potassium** : sel minéral contenu dans les liquides de l'organisme et régulé par les reins. Contribue au bon fonctionnement des nerfs et des muscles quand son taux est normal. À des taux élevés, il y a risque d'arrêt cardiaque et de mort.

**Prévalence** : outil de mesure statistique médicale. Elle renseigne sur le nombre de personnes atteintes par une maladie au sein d'une population à un moment donné. Ex. prévalence de 10% d'adultes atteints d'IR en France, soit près 3 millions de personnes.

**Protéine** : substance contenue dans les aliments. Consolide, restaure et entretient les tissus de l'organisme. Les aliments d'origine animale sont très riches en protéines.

**Prothèse** : tube spécial inséré chirurgicalement sous la peau pour relier une veine et une artère du bras. En dialyse, sert de site d'accès au sang.

## R

**Rein** : l'un des deux organes situés de part et d'autre de la colonne vertébrale, à hauteur des fausses côtes.

**Rein artificiel** : voir Dialyseur.

**Rejet** : après une greffe, réaction de défense du système immunitaire caractérisée par l'apparition d'anticorps qui se mobilisent pour rejeter le rein greffé

**Rénine** : hormone produite par les reins. Régule la pression sanguine.

## S

**Sodium** : sel minéral contenu dans les liquides de l'organisme et régulé par les reins. Conditionne la quantité d'eau retenue dans les tissus de l'organisme.

**Système immunitaire** : système qui protège l'organisme des corps étrangers comme les virus et les bactéries.

## T

**Taux de créatinine sérique** : analyse de sang qui évalue le taux de créatinine, un déchet résultant du travail musculaire. Le taux de

créatinine sérique augmente au fur et à mesure que la fonction des reins diminue.

Thérapie de suppléance : traitement comme la dialyse ou la greffe, qui vont « suppléer » ou « se substituer » au rein. Tubule : petit tube du néphron qui recueille les urines filtrées par les glomérules avant de les déverser dans le bassinet.

## U

**Ultrafiltration** : processus de filtration par lequel le sang qui entre dans le dialyseur subit une pression telle qu'il élimine l'excès d'eau qu'il contient.

**Urée** : un des types de déchets pouvant s'accumuler dans le sang par suite de la décomposition des protéines. Le taux d'urée dans le sang n'est pas un aussi bon indicateur du fonctionnement des reins que le taux de créatinine, car le taux d'urée peut être élevé dans d'autres situations, par exemple dans les cas de déshydratation.

**Urémie** : ensemble de manifestations pathologiques dues à l'accumulation de déchets dans le sang.

**Uretère** : canal qui conduit les urines du rein à la vessie. **Urètre** : canal qui part de la vessie et qui évacue les urines hors de l'organisme.

## V

**Veine** : vaisseau qui ramène le sang au cœur.

**Veine jugulaire** : vaisseau sanguin situé dans la partie latérale du cou. En hémodialyse, sert parfois d'accès au sang.

**Veine rénale** : grand vaisseau qui ramène le sang fraîchement purifiés des reins au système circulatoire.

**Vessie** : réservoir musculaire dans lequel s'accumulent les urines.

# Le degré de désespoir des hémodialysés

Étude de six cas au niveau du CHU Frantz FANON et de l'EPH Rameau d'Olivier de Bejaia

## Résumé

La maladie rénale ou l'insuffisance rénale chronique et terminale n'est pas un trouble psychique, mais ces derniers ont un lien très étroit, cependant les personnes hémodialysés présente un certain niveau du stress, d'anxiété, d'angoisse, de dépression et de désespoir.

Afin de savoir le degré de désespoir chez les personnes hémodialysées on a effectué une recherche au niveau du CHU Frantz Fanon de Bejaia et clinique Rameau d'olivier de Bejaia, service hémodialyse, sur un groupe de trente personnes qui sont sous traitement par la dialyse, on a réalisé notre étude en s'appuyant sur la méthode clinique, incluant comme outil principale l'entretien de recherche semi-directif.

Les résultats de cette recherche ont monré que les malades rénaux chronique et terminale présente tous un degré de désespoir, et ce degré ce différent d'un malade a un autre, par rapport à la durée de la dialyse, ceux qui souffrent de cette maladie plus de 5 ans ont un degré de désespoir plus élevé que ceux qui ont moins de 5 ans de dialyse.

## Abstract

Kidney disease or chronic and end-stage renal failure is not a mental disorder, but these have a very close link, however people on hemodialysis have some level of stress, anxiety, anxiety, depression and of despair.

In order to find out the degree of despair in people undergoing hemodialysis, a research was carried out at the University Hospital of Frantz Fanon in Bejaia and the Rameau d'Olivier clinic in Bejaia, hemodialysis service, on a group of thirty people who are on dialysis treatment, we carried out our study based on the clinical method, including as main tool the semi-directive research interview.

The results of this research have shown that chronic and end-stage renal patients all present a degree of hopelessness, and this degree differs from one patient to another, compared to the duration of dialysis, those who suffer from this disease more than 5 year olds have a higher degree of hopelessness than those who have less than 5 years of dialysis.