

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département : Sciences sociales

Mémoire de Fin de Cycle
En vue d'obtention du diplôme de Master en psychologie
Option : psychologie clinique

Thème

L'estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique
Étude de 08 cas réalisée au service d'hémodialyse
De kherrata (wilaya de Bejaia)

Présenté par :

M^{elle} AZOUNE Naima

Encadré par :

M^{me} MEHENNI Zahoua

Année universitaire 2012-2013

Remerciements

Nous remercions avant tout, le dieu le tout puissant qui nous a donné le courage et la volonté de réaliser ce modeste travail.

Nous tenons à témoigner la plus profonde gratitude pour notre encadreur M^{ME} MHENNI Zahoua et la remercions pour son encadrement et sa disponibilité tous a long de la recherche, ainsi que pour ses conseils sans lesquelles ce travail ne verra pas le jour.

Nous remercions aussi les membres du juré d'avoir accepté l'évaluation de notre travail

Nous remercions aussi l'ensemble du personnel du service d'hémodialyse de l'EPH de KHERRATA

Et dans le souci de n'oublier personne, que tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin, que ce soit pour leur amitié leurs conseils et leurs soutiens morale.

Dédicaces

*Au témoignage d'affection, d'amour, de générosité et de grandes
reconnaisances, aux êtres les plus chères de ma vie.*

*Nous aimerions dédier se modeste travail à tous d'abord à mes chers
parents qui m'ont apporté leurs toute ma vie d'étude et qui n'ont jamais
cessé de m'encourager*

A ma très chère grand-mère.

*A mes chère frères, Brahim et sa fiancée sihem, Zahir ,lyes, Daoud et
Hichem.*

*A mon oncle et ses enfants Idir, Nassim, Ghuilas ,Sylia et Chahra et mon
cousin Mourade.*

A très chères copines Bila et Sabah. Et leurs familles.

Ames amies mes copines de chambre Wahiba, Mouna et Amel.

*Et a ceux qui ont contribué de a ma réussite, et a tous ceux qui me
connaissent de près ou de loi*

Naima .a

SOMMAIRE

Remerciement	
Dédicace	
Sommaire	
Liste des tableaux	
Liste de figure	
INTRDUCTION	1

CADRE METHODOLOGIQUE

Problématique.....	4
-Hypothèses	6
-Raisons du choix du thème	7
- Objectif de la recherche	8
- Intérêt du thème	9
-Définition des concepts.....	10

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I :L'INSUFFSANCE RENALE CHRONIQUE : L'ASPECT MEDICALE ET L'ASPECT PSYCHOLOGIQUE DE

Préambule

I-L'INSUFFISANCE RENAL ASPECT MEDICAL

I.1. Définition du rein	12
I.2. Anatomie du rein.....	13
I.3. Les configurations du rein	14
I.4. Les fonctions du rein dans le corps.....	15
I.5. Définition de l'insuffisance rénale chronique.....	16
I.6. Les symptômes de l'IRC.....	17
I.7. Les complications de l'IRC	17
I.8. Les type de l'IRC	18
I.9. Les cause de l'IRC	19
I-10.La classification de l'insuffisance rénale chronique	20

I-11.Diagnostic de l'insuffisance rénale	20
I.12. L'insuffisance rénale chronique en Algérie.....	20
I.13. Le traitement de l'IRC	21

II- L'insuffisance rénale chronique : Aspect psychologique

Préambule

II.1.Le vécu psychologique de l'insuffisance rénale.....	23
II.2.Les troubles psychologiques d'une insuffisance rénale	25
II.3.L'intimité et l'insuffisance rénale chronique	27
II.4.La prise en charge familiale et le rôle de soutien de l'entourage	29
II.5.L'image de la maladie dans la société	29
II.6.Les consultations	30
II.7.Le rôle de psychologique.....	31

Conclusion

CHAPITRE II : LE SOI ET L'ESTIME DE SOI

Préambule

I.LE SOI :

I.1.Définition de soi.....	32
I.2-Les composants de soi	33
I.3.Les dimensions de soi	33
I.4.Les facteurs influençant le développement de soi	34
I.5.Les caractéristiques du soi	34
I.6.Les étapes de développement de soi	36
I.7. Les théories qui abordent le soi	39

II- l'ESTIME DE SOI :

II.1.Définition de l'estime de soi.....	40
II.2.La formation et la genèse de l'estime de soi	41
II.3.Les facteurs qui influencent l'estime de soi	42
II.4.Les degrés de l'estime de soi.....	43
II.5.Les caractéristiques d'une personne qui s'estime et les caractéristiques d'une personne qui manque d'estime de soi	44
II.6.Les théories qui abordent l'estime de soi	47

II.7.La différence entre le soi et l'estime de soi.....	50
II.8. Les troubles associés à une faible estime de soi.....	50
Conclusion	

PARTE PRATIQUE

CHAPITRE III : la METODOLOGIE De RECHERCHE

Préambule

I. La pré-enquête.....	53
II.La méthode de recherche utilisée	54
III. Le lieu de la recherche	55
IV.La population d'étude et les caractéristiques de choix	57
V. Les techniques de recherche.....	58

Conclusion

CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION DES HYPOTHESES

I. Présentations et analyses des résultats de l'entretien clinique et de l'échelle de d'estime de soi du Cooper Smith, forme adulte.....	67
II. Discussion des hypothèses.....	89
III. Les difficultés rencontrent durant cette recherche	90
CONCLUSION	92

Bibliographie

Annexes

La liste des tableaux :

Numéro du tableau	Titre du tableau	Numéro de page
Tableau 1	Récapitulatif de caractéristique de choix de la population	58
Tableau 2	La grille de correction de l'échelle de l'estime de soi	62
Tableau 3	Les items positifs et négatifs de l'échelle	63
Tableau 4	Les sous échelles de l'estime de soi	63
Tableau 5	Les niveaux de l'estime de soi	65
Tableau 6	Les valeurs	66
Tableau 7	Résultats de l'échelle de cas (A)	68
Tableau 8	Résultats de l'échelle de cas (B)	71
Tableau 9	Résultats de l'échelle de cas (C)	74
Tableau 10	Résultats de l'échelle de cas (D)	76
Tableau 11	Résultats de l'échelle de cas (E)	79
Tableau 12	Résultats de l'échelle de cas (F)	81
Tableau 13	Résultats de l'échelle de cas (G)	84
Tableau 14	Résultats de cas (H)	87

La liste de la figure :

Numéro de la figure	Titre de la figure	Page
1	L'anatomie du rein	13

Introduction

Introduction

La maladie rénale est le souvent silencieuse et elle survient sans prévenir, on ne peut pas savoir exactement la date de son apparition.

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

Le patient atteint d'une insuffisance rénale chronique, est dans l'obligation de se connecter à un rein artificiel tout les deux ou trois jours par semaine pour une durée comprise entre trois à quatre heures. Cette maladie peut créer une rupture dans l'organisation de la vie et provoque un changement dans l'identité de la personne, qui touche ses émotions, ses habitudes de vie et sa perception de lui et de l'autre.

On note que la gravité et la chronicité de cette maladie bouleverse la vie du patient sur plusieurs facettes, sur le plan conjugal pour ce qui ont mariés, le familial, le professionnel, l'amical et le social en général. Le bien être du sujet qu'il soit psychologique ou autre, ainsi que sa qualité de vie se retrouvent altérés et affectés.

Toutes ces raisons, nous ont poussées à s'intéresser à ce sujet et nous avons voulu par ce travail d'évaluer le niveau de l'estime de soi des personnes ayant une insuffisance rénale chronique. Pour le recueil des données on a choisie l'entretien semi directif comme la première technique de recherche en association avec l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith (version adulte).

Pour aborder notre thème de recherche, nous avons suivi le plan du travail suivant :

En premier lieu, un cadre méthodologique qui contient les éléments suivants : introduction, la problématique, les hypothèses, raisons du choix du thème, les objectifs de la recherche, intérêt du thème et définitions des concepts.

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

Le 1^{er} chapitre : intitulé insuffisance rénale chronique : aspect médical et psychologique. dans l'aspect médical on évoquera les différents éléments générale sur le rein on commencera par la définition du rein, son anatomie, ses fonctions, nous verrons par la suite à l'insuffisance rénale chronique tout en tenant compte sa définition, les causes, les symptômes, les complications de cette maladie chronique puis les types de cette dernière et leur traitement. Après on fera allusion à l'aspect psychologique qui contient : le vécu psychologique de l'insuffisance rénale chronique, les troubles psychiques de cette maladie, l'impact de cette pathologie sur l'intimité et la prise en charge familiale et le rôle de l'entourage.

Le 2^{ème} chapitre : est bien sur celui de l'estime de soi, dans lequel nous évoquerons en 1^{er} lieu le soi concernant sa définition, ses démentions, ses caractéristiques, les facteurs et les différentes théories. Ainsi nous présenterons le concept de l'estime de soi qui comprend : la définition, sa formation ses différents facteurs, ses degrés, les caractéristiques puis on va aborder ses différentes théories, la différence entre le soi et l'estime de soi, et les troubles associés à une faible estime de soi.

En troisième lieu, une partie pratique qui comprend deux chapitres :

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

dans lequel nous avons présenté notre pré-enquête, la méthode utilisée, dans notre recherche, le lieu de recherche dont nous avons effectué notre stage pratique (service d'hémodialyse de l'EPH de kherrata dans la Wilaya de Bejaia, les critères de notre population d'étude et les caractéristiques de choix de cette dernière et enfin les techniques utilisées telle que l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte, destinée à

mesurer le niveau de l'estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique.

Chapitre IV : présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

Ce chapitre comprend : la présentation et l'analyse des entretiens cliniques et les résultats de l'échelle de Cooper Smith pour évaluer le niveau de l'estime de soi chez notre population d'étude cas par cas ce qui nous permis de vérifier nos hypothèses.

En dernier lieu nous avons terminé notre recherche par une conclusion suivit d'une liste bibliographique et l'ensemble des annexes.

Problématique

Chaque personne est un être social qui se développe au contact des autres. La perception qu'il a de lui-même se forge dès ses premières années de vie. Tout ce que ses parents, ses amis diront, les façons dont ils agiront avec lui auront une influence directe sur sa perception de lui-même, l'environnement tout entier joue un rôle important dans l'estimation de son soi en plus des maladies chroniques qui peuvent influencés sur cette dimension et les événements du passé. (Succès, erreurs, échecs, etc...). La vraie estime de soi est fondée sur l'opinion que nous avons de nous-mêmes et de ce que nous avons fait.

L'estime de soi étant une attitude intérieure (notre acceptation et appréciation de nous même), il est important de nous connaître, de nous aimer tels que nous sommes, apprendre à s'accepter, à s'apprécier, connaître ses goûts, ses besoins, ses capacités et ses limites nous aide à augmenter notre estime de nous-mêmes. Afin d'augmenter notre estime, il nous faut changer d'attitude, avoir une vision de la vie et de nous-mêmes qui soit positive et réaliste. Chacun de nous sait combien il est important d'avoir confiance en soi, mais ce n'est pas si facile.

L'estime de soi a été l'objet d'étude depuis longtemps; au début du XIX^{eme} siècle avec les travaux de l'un des fondateurs de la psychologie moderne W.James selon lui: l'estime de soi d'une personne dépend d'une perte de ses échecs et de ses réussites et d'autre part de ses aspirations. Un individu aura une haute estime de lui même dans la mesure ou ses succès seront égaux ou même supérieurs à ses aspirations dans le domaine qui le concerne. (W.James, 1890).

Dans le monde actuel on remarque que l'estime de soi est l'un des sujets les plus important qui préoccupe les chercheurs en psychologie clinique, vu son influence positive ou nocive sur le fonctionnement psychique; on s'accorde aujourd'hui pour dire que la dimension de l'estime de soi est à la fois le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive et sociale. Cela

signifie que l'estime de soi construit progressivement et que son développement est un processus dynamique et continu. (Baron et Kenny, 1996, P.195).

Les recherches montrent que le passage à plusieurs troubles psychologiques et mentales en plus des maladies chroniques contribue facilement l'accès à une faible estime de soi. (Rosemberg et al, 1989, Leary, Baumeister 2000). Ainsi, l'estime de soi semble d'une des difficultés centrale des personnes ayant une insuffisance rénale chronique, qui est une diminution du pouvoir épurateur des reins et correspond donc à une diminution du nombre de néphrons fonctionnels.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) constitue une pathologie fréquente, invalidante et un lourd problème de santé publique en Algérie comme dans le monde. On parle de plus de 1,5 million d'insuffisants rénaux en Algérie, en France, on compte entre 1,74 et 2,5 million de personnes en insuffisance rénale chronique avant le stade terminale (Boubchir A, 1996, P.23).

On note que quant cette pathologie atteint le stade terminale l'hémodialyse reste le traitement le plus indiqué, et la dialyse qui a pour objectif de supplier temporairement à la fonction rénale défaillante.

Le fait de vivre donc avec une maladie chronique et être dépendant de la machine dialyse ; fragilise l'état psychique du sujet comme la transformation de son corps et son image et ses capacités physiques, perte de son statut social et l'abondants de ses activités professionnelles, ainsi que la présence de l'idée de mort. Autrement dit cette maladie grave entraîne des perturbations psychiques comme la dimension émotionnelle avec des modifications d'humeur et l'aspect de l'estime de soi avec les modifications de l'image de corps et ses atteintes identitaire.

Les maladies chroniques notamment l'insuffisance rénale chronique ne peuvent donc pas se résumer aux seules complications somatiques, le retentissement psychologique et aussi présent.

Ce mémoire se veut un essai pour contribuer modestement à la non réduction de cette maladie non seulement au regard biologique mais incluant ainsi la dimension psychologique.

C'est cela justifie notre thème de recherche qui porte sur « L'estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique », on tentera de répondre aux questions suivantes :

-Quel est le niveau de l'estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique ?

-quels sont les facteurs qui provoquent une mauvaise estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique ?

Hypothèses de recherche :

- le niveau de l'estime de soi des personnes ayant une insuffisance rénale chronique est faible.

- Le sentiment de dépendance à la machine dialyse engendre une faible estime de soi chez cette catégorie de personne.

-le manque de soutien de la famille et de l'entourage provoque une mauvaise estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique.

Les raisons du choix du thème :

Les raisons qui nous ont motivés à choisir ce thème qu'est l'estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique se sont :

- En Algérie bien peu de chose qui sont écrites sur ce sujet, la littérature pour l'insuffisance rénale chronique traite en effet largement des aspects somatiques, mais absolument pas des conditions psychologiques aussi variées que compliquées.
- L'importance des deux sujets « estime de soi » et « l'insuffisance rénale chronique » dans l'actualité sanitaire et quotidienne.
- acquérir des connaissances sur l'estime de soi en général, et l'estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique en particulier.
- manque de travaux Algérien sur ce sujet malgré son importance sur l'actualité sanitaire et quotidienne.
- pour que chaque personne souffre de cette maladie retrouve en cette étude un aspect important de son expérience et se rende compte que beaucoup d'états émotionnels vécus.

Les objectifs du choix su thème :

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

- cette recherche a pour but de connaitre les liens entre la maladie chronique tel que l'insuffisance rénale chronique et leur estime de soi.
- comprendre le fonctionnement psychique de cette catégorie de personne.
- mesurer le niveau de l'estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique.
- donner une chance à ses malades pour s'exprimer leurs souffrances internes pour mieux vivre sa maladie.
- déterminer les contraintes vécus par ces malades sur le plan, familial, social et professionnel
- découvrir à quels points cette maladie chronique peut influencer sur leur estime de soi.

L'intérêt du choix du thème :

- L'importance de ce sujet dans l'actualité sanitaire et quotidienne. A cet effet, l'étude de l'estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique est un enjeu dans le domaine de la psychologie de la santé sa prise en compte procède du légitime souhaite de la communauté psychologique et l'autorité sanitaire.
- Par rapport à la fréquence de plus en plus élevé de l'insuffisance rénale chronique qui constitue un grand problème de santé publique.

Définition des concepts clés

Le soi :

- **Pour W.James** : tout ce qui est personnels : le « moi » et le « mien ».
- **Pour Freud** : Le soi est le prolongement inconscient du moi
- **Pour Marcus et Crassa 1990** :
Le soi est la représentation cognitive du soi, donc c'est l'ensemble des connaissances et des croyances que les gens ont sur eux-mêmes .Le concept de soi englobe à la fois : la connaissance de soi, (l'image de soi et le moi idéal.

L'estime de soi :

L'estime de soi est l'expression d'une approbation ou désapprobation portée sur soi-même, elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable et important c'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par du comportement significatif. Dederix. J, 2010, P 57)

Le rein :

Pour le petit Larousse « Le rein est un organe placé dans l'abdomen à côté de la colonne vertébrale qui forme l'urine à partir de la filtration du sang élimine les déchets participe à l'équilibre de l'eau et des minéraux dans l'organisme et sécrète diverses substances comme la rénine (petit la rousse 2010)

C'est un organe rétro péritonéal situé dans la paroi postérieure de l'abdomen dans la région lombaire. sa taille moyen est approximativement de 12 cm de hauteur 6 cm de largeur et 3 cm d'épaisseur.

L'insuffisance rénale :

C'est une réduction néphrotique plus ou moins lentement progressive à laquelle fait suite une adaptation jusqu'à une certaine limite par les néphrons restants afin de sauvegarder l'homéostasie. (Boubchire.A, 1996, P.22).

L'opérationnalisation :

- Hypertension artérielle (HTA)
- œdème généralisé
- Anémie
- Souffle court.
- Sang dans les urines.
- Gout métallique dans la bouche

PARTIE
THEORIQUE

I. L'insuffisance rénale chronique : Aspect médical et psychologique

Préambule

I. Le rein

I.1.définition du rein

I.2.anatomie du rein

I.3.configuration du rein

I.4.les fonctions du rein

I.5.définition de l'insuffisance rénale chronique

I.6.les symptômes d'IRC

I.7.les complications d'IRC

I.8.les types d'IRC

I.9.les causes de IRC

I.10.la classification d'IRC

I.11.diagnostic d'IRC

I.12.l'insuffisance rénale chronique en Algérie

I.13.le traitement de l'insuffisance rénale chronique

II. Insuffisance rénale chronique aspect psychologique

Préambule

II.1. Le vécu psychologique de l'insuffisance rénale chronique

II.2.les troubles psychologiques de l'insuffisance rénale chronique

II.3.l'intimité et l'insuffisance rénale chronique

II.4.la prise en charge familiale et le rôle de l'entourage

II.5.l'image de la maladie dans la société

II.6.Les consultations d'aide

II.7.le rôle de psychologue

Conclusion

Préambule

Les reins sont des organes les plus sensibles dans le corps humain, ils sécrètent l'urine, malheureusement le rein est sujet à beaucoup de maladies, parmi ces dernières on trouve l'insuffisance rénale chronique (IRC). Cette pathologie est devenue aujourd'hui un problème de santé publique par sa fréquence de plus en plus élevée.

Dans ce chapitre on va essayer d'aborder certains éléments de l'insuffisance rénale chronique, tout en le repartant en deux tranches : la première présente l'aspect médicale de cette pathologie et la deuxième présente son aspect psychologique.

I. L'insuffisance rénale chronique : aspect médical

I.1. Définition du rein :

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

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

I.2. l'anatomie du rein :

Les reins sont situés dans le rétro péritoine et forment un organe pair, chacun pèsent de 120 à 150 grammes chez l'adulte. Ils sont délimités par une fine capsule entourée d'une mince couche de tissu adipeux et ce dernier entouré d'une couche de tissu fibreux, le fascia de Gerota. Le hile rénale représente la jonction du rein, de l'uretère et de bassinets, et contient aussi l'artère et le veine rénale. (QuerinValiquette ,2004.p.5).

La figure : Illustration anatomique du rein :

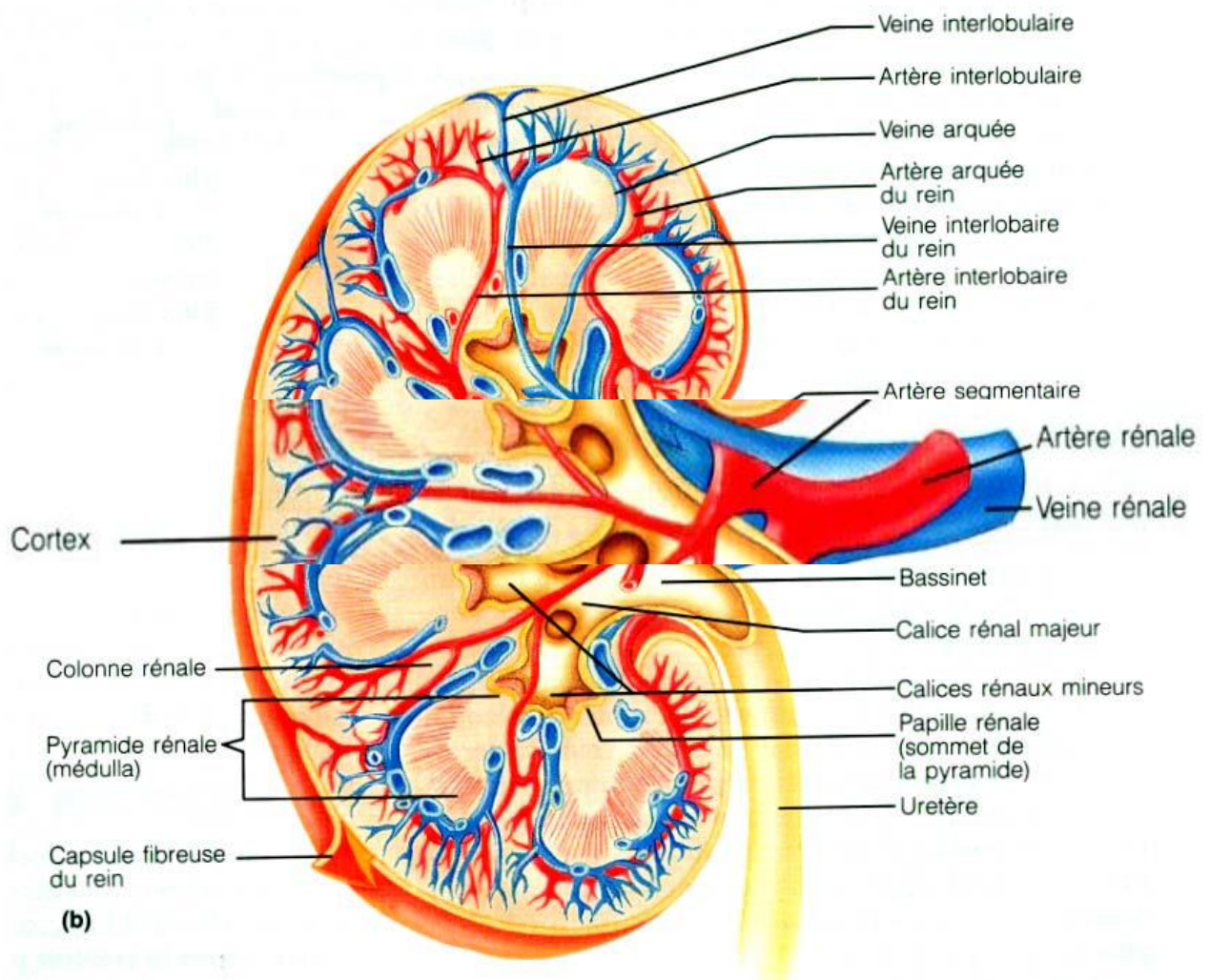


Figure n : ° 1 : présente l'anatomie d'un rein. (Moreau, 2005, p.1)

I.3. Configuration et description du rein :

A. configuration extérieure du rein :

À l'état normal, il existe deux reins, droit et gauche. Un seul rein (5% des individus) est nécessaire pour vivre.

Les reins ont chacun la forme d'un haricot, ils sont appliqués sur la paroi abdominale postérieure : ils se placent dans l'espace conjonctif en arrière de la cavité péritonéale, dans les régions lombaires de part et d'autre de la colonne vertébrale.

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

Le hile rénal correspond à la première vertèbre lombaire.

La douzième côte longe obliquement le rein à la jonction de son tiers supérieur et son tiers moyen.

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

Le rein présente deux faces, deux bords et deux extrémités ou pôles.

Le bord interne est interrompu en son milieu par une forte échancrure, délimitant le hile, qui est l'orifice d'une cavité interne, le sinus rénal.

Le rein a : Une longueur de : 12 cm, une largeur de 6 cm, une épaisseur de 03cm, un poids de : 140gr (125 à 170 gr chez l'homme) et de : 125 gr (115 à 155gr chez la femme).

Le rein est recouvert d'une capsule fibreuse qui constitue une barrière contre les traumatismes, elle empêche également la propagation de l'infection au

rein. au niveau de la capsule fibreuse, on distingue les vestiges de la lobulaire fœtale qui correspondent aux lobes déterminés par chaque pyramides. Le rein est un organe multi lombaire. (Elaine N., 1999, p.975).

B-configuration intérieure du rein :

Le rein est constitué du parenchyme rénal entouré d'une capsule fibreuse, et creusé du sinus rénale. (Orstti, 1985, p.15).

I.4. les fonctions du rein dans le corps :

Le rein est un organe central dans la régulation de l'homéostasie où il assure plusieurs fonctions parmi ses fonctions on peut citer :

-Les reins équilibrent les liquides de milieu interne, ont une fonction essentielle au maintien de l'homéostasie.

-Ils jouent dans l'organisme, le même rôle qu'une usine d'épuration qui dans une ville, filtre les eaux usées.

- Les reins filtrent le plasma, excrètent dans l'urine des toxines en provenance du foie de même que des déchets métaboliques comme l'urée et des ions en excès, et ils renvoient les substances nécessaires dans le sang. Bien que les poumons et la peau concourent aussi à l'excrétion, la tâche relève principalement aux reins.

-Les reins règlent le volume et la composition chimique du sang en conservant le juste équilibre entre l'eau et les électrolytes d'une part, et entre les acides et les bases d'autre part. La tâche confondrait à un ingénieur chimiste, mais les reins s'en acquittent efficacement la plus part du temps.

-Les reins aussi participent à la production de la rénine, une enzyme qui règle la pression artérielle et la fonction rénale, et l'érythropoïétine, une hormone qui stimule la formation des globules rouges dans la moelle rouge des os. Enfin les cellules rénales transforment la vitamine D en sa forme active. (Elaine N. Marieb, 1999, p.973).

On note que le rein est menacé par plusieurs pathologies, on trouve l'insuffisance rénale chronique qui est un état réponde lorsque le nombre de néphrons sains diminue au point que la fonction rénale ne peut plus maintenir l'homéostasie de l'organisme. la question qui nous vient à l'esprit est la suivante : qu'est ce que cette maladie ?

I.5. Définition de l'insuffisance rénale chronique :

Le terme de l'insuffisance rénale chronique décrit l'ensemble de la manifestation clinique, biologique et radiologique secondaire à la destruction progressive du capital néphrotique. (ENC de Néphrologie, p.199).

L'insuffisance rénale se définit sur le plan biologique par la baisse du débit de filtration glomérulaire (DFG) mesurée de façon approximative par la clairance de la créatinine (valeur normales : 120=20ml/min). elle est dite chronique lorsque elle est due à une néphropathie qui évolue de façon chronique. (Ibid., p.199).

C'est une maladie chronique qui demande des traitements astreignants et entraîne des gros changements dans la vie des personnes qui souffrent ainsi que dans celle de leur proche. Ces changements sont particulièrement importants quand l'insuffisance rénale est sévère et qu'elle nécessite un traitement de substitution, un suivi médical spécialisé. (Droulez et all, 2008, p.5).

Selon le guide pratique d'hémodialyse : 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 clairance de créatine. (Radermacher, 2004, p.14).

La fonction rénale liée à la dégradation d'un nombre croissant de néphrons au delà de 80% de néphrons perdus, cette maladie est silencieuse car elle reste très longtemps asymptomatique, la prise en charge intervient souvent trop tard, alors que grâce à des mesures simples de prévention, de développement de maladie aurait pu être ralenti. (Gaudin, 2006, p.1).

Partant de ce qui est précède on peut dire que l'insuffisance rénale chronique est une pathologie qui touche le rein et qui se caractérise par une altération irréversible de système de filtration glomérulaire de la fonction tubulaire et endocrine des reins.

I.6. les symptômes de l'insuffisance rénale chronique :

Une fois la maladie bien installée, les symptômes suivants peuvent se manifester :

- progressivement vous ressentirez une fatigue excessive à l'effort,
- un manque d'appétit, un besoin d'uriner plusieurs fois par nuit.
- une hypertension artérielle et/ou des œdèmes peuvent être présents.

Plus tardivement, Plusieurs signes seront révélateurs de votre maladie :

- une grande fatigue,
- des troubles digestifs : perte d'appétit, dégoût pour les viandes, nausées, vomissements, amaigrissement,
- des crampes, des impatiences dans les jambes surtout la nuit
- des démangeaisons parfois intenses. (<http://www.passeportsante.net>).

I.7. Les complications de l'insuffisance rénale chronique :

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

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

I.8. Les types de l'insuffisance rénale :

A -Insuffisance rénale aigue (IRA) :

lorsque le temps de la créatinine sérique de plus de $4\mu\text{mol/L}$ ou plus de $200\mu\text{mol/L}$ ou une évaluation correspondant au double du taux de créatinine sérique de base, et on peut la jugée plus grave correspond pour certains ,à une évaluation de la créatinine dépassant $500\mu\text{mo/L}$ ou nécessitant une forme d'épuration extrarénale le traitement à cette maladie survient dans un cadre purement médical a augmentée la sensiblement: néphropathie associée aux produits de contraste, l'insuffisance rénale aigue associée à la prise d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, ou d'un bloqueur des récepteurs de l'angiotensine, etc. (Querin ,Valliquette,2004,p.171).

C'est une complication rencontré de plus en plus fréquemment et réanimation s'inscrivant le plus souvent dans le cadre d'un tableau de défaillance multi viscérale, sa prise en charge nécessite l'utilisation des techniques d'épuration extrarénale .(Robert et Al,2008,p.36).

B- l'insuffisance rénale chronique (IRC) :

L'insuffisance rénale chronique 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 la clearance de créatinine diminue en –dessous de 30ml/min . (Droulez et all, 2008 p.44).

L'insuffisance rénale chronique désigne l'ensemble cliniques, biologiques, et radiologiques traduisant la destruction progressive de plus de 70% du capital néphrotique, en rapport avec l'accumulation d'une part de produits toxiques (urée, créatinine, acide urique, produits acides tel les ions H^+ et l'acide lactique) et d'autre part avec la perturbation des mécanismes régulateurs du milieu intérieur (équilibre hydro- électrolytique et acido-basique, fonction endocrine de

rein .L'expression de l'IRC est polymorphe et est fonction du déficit de la filtration glomérulaire. (Droulez et all, 2008, p.3).

La maladie rénale est fréquente et longtemps silencieuse le déplantage cible de cette maladie dans les populations à risque à pour but d'éviter ou de retarder le passage au stade terminal de l'insuffisance rénale nécessitant un traitement de suppléances et de réduire les complications associés, principalement cardiovasculaire. (<http://www.agencebiomedecine.fr>).

Notre objet de recherche porte spécifiquement sur l'insuffisance rénale chronique au stade terminal, qui est « le non donné à l'insuffisance rénale lorsque celle-ci requiert des traitements de dialyse ou une greffe rénale.la fonction rénale se situe alors autour de 10 à 15% de sa capacité normale ». (Lacroix, 2001, p.13).

I.9.Les causes de l'insuffisance rénale chronique :

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

- Des infections rénales répétées.
- Des traumatismes aux reins ou à d'autre partie de corps (écrasement).
- Une compression prolongée des muscles squelettiques (cela cause, la libération de myoglobine, qui peut boucher les tubules rénaux).
- Héréditaire (polykystose, maladie d'Al port.)
- Endocrines (diabète, hyperparathyroïdieprimaire. (Elaine N.MARIEB, 1999, p.1002).
- Néoplasique, (hypernéphrome, métastases, myélovasculaire,(HTA,embolies). (Rademarher, 2004, p .15).
- la plupart du temps l'insuffisance rénale chronique est causée par un diabète non contrôlé où est secondaire à une HTA(hypertension artérielle) .parmi les autres origines on retiendrait des glomérulonéphrites secondaires ou primaires, des maladies héréditaires (comme les polykystoses rénales).plus rarement

l'insuffisance rénale résulte de malformations urologiques, de toxiques, d'infection urinaires chronique ou encore de calculs .chez les patients jeunes, ce sont souvent des maladies auto-immunes ,qui sont des causes importantes de lésions rénales.(Depeyre,2010 ,p.10).

I.10. la classification du l'insuffisance rénale chronique :

Les différents niveaux	Créatininémie ($\mu\text{mol/l}$)	Clairance de la créatinine (ml/mn)
Débutante	110 à150	60 à 100
Modérée	150 à300	30 à 60
Sévère	300 à 600	15 à 30
Evoluée	600 à 800	10 à 15
Niveau	Créatinémie	Clairance de la créatinine
Terminale	>800	<10

(boubchir, A, 1996, P.24).

I.11. diagnostic de l'insuffisance rénale chronique :

L'insuffisance rénale chronique peut être découverte :Lors d'un examen de santé systématique ,devant des signes clinique d'insuffisance rénale chronique ,en sachant qu'il ne sont pas des ,en sachant qu'ils sont totalement non spécifique (par exemple en cas d'anémie),devant une complication de l'insuffisance rénale chronique ,hypertension artérielle, accédant cérébrale vasculaire ,diabète.(Ibid.,1996,p.32)

I.12. Insuffisance rénale en Algérie :

Dans notre pays, on compte selon les données effectué lors de forum d'EL Moujahid(2011)1,5 million de personnes présentent une insuffisance rénale chronique (IRC), on peut ajouter 6 million d'algériens souffrent d'une maladie rénale chronique. En raison de l'allongement de l'espérance de vie, de l'augmentation de la prévalence de diabète et de lé hypertension artérielle, ainsi que l'absence d'une politique de prévention, le nombre de patient nécessitant

une thérapeutique de substitution rénale atteindrait le chiffre de 20.000 dans les cinq prochaines années .

Actuellement, près de 13000 personnes sont touchées par l'insuffisance rénale chronique (IRC) terminale .une maladie qui demeure insidieuse et méconnue de grand public. (Bouabka, 2009, p.6).

En Algérie, environ 4 000 nouveaux cas d'insuffisance rénale chronique (IRC) sont enregistrés chaque année. (Ibid., p.6)

I.13.le traitement de l'insuffisance rénale chronique :

La dialyse fait appel à une membrane qui joue le rôle de filtre qui sert à éliminer les toxines et les excès de liquide du sang .il existe deux types de dialyse : la dialyse péritonéale et l'hémodialyse. Le choix d'une méthode plutôt que l'autre repose sur l'âge de patient, sa capacité à gérer son traitement :

A- La dialyse péritonéale : il existe deux variantes :

-La dialyse péritonéale ambulatoire : c'est le patient qui laisse s'écouler une poche d'environ deux litres de sa cavité abdominale par tubulure.après un temps définit par le médecin en charge en (souvent 3-4 heures), le patient retirera lui même le liquide, une fois l'abdomen vidé, il réinjectera le contenu d'une nouvelle poche de dialysat. Le procédé est répété 3à4 fois par 24heurs. L'avantage est qu'entre chaque échange de poche, le patient peut vivre ou travailler normalement. (Deperyre, 2010, p.15).

-La dialyse péritonéale automatisée : se passe la nuit, avant de s'endormir, le patient branche son cathéter à une machine programmée qui se charge de charger la dialysat .cette solution est un peu moins contraignante que la première car il n'ya pas de manipulations nécessaire pendant la journée. (Ibid., p.17).

B-L'hémodialyse :

Définition : c'est une méthode de continuité qui utilise un générateur de dialysant, une circulation extracorporelle du sang sous la dépendance d'une pompe et d'un système sophistiqué de contrôles des paramètres et d'alarmes. (Gaudin, 2006, p.2).

Selon le dictionnaire médical : l'hémodialyse c'est une technique d'épuration sanguine extrarénale, au moyen d'hémodialyseur qui fonctionne sur un circuit de circulation extracorporelle. (Quevauvilliers, 2009, p.432).

L'hémodialyse se définit aussi comme : une méthode permettant d'épurer le sang extra corporellement dans une machine le dialyseur. Une fistule artérioveineuse au niveau de bras, dans la qualité sera déterminant, doit être réalisé par un chirurgien vasculaire. Elle offre un site de ponction haute pression ce qui facilite la circulation extracorporelle qui est toute fois aidé par une pompe à galet. (Depeyre, 2010, p.16).

Partant de cet ensemble de définition on peut dire que le traitement le plus adapté au patient sera choisi en fonction de son état clinique, son âge ses conditions familiales et professionnelles et ses préférences personnelles.

C- transplantation rénale : la transplantation rénale peut se faire à partir :

-d'un rein du cadavre (les reins sont prélevés sur des sujets en état de mort cérébrale).

-d'un donneur vivant au mieux identique (frère ou sœur) ou semi identique (parent à enfants). ([http://fr.wikipedia.org/wiki/insuffisance rénale chronique](http://fr.wikipedia.org/wiki/insuffisance_rénale_chronique)).

D'une manière générale l'insuffisance rénale chronique est une maladie très fréquente, qui peut affecter notre mode de vie et nécessite un traitement de façon continue, il est donc impératif de se très bien renseigner sur tout ce qui concerne cette maladie car elle peut entraîner des conséquences sérieuses si elle est mal contrôlée.

II- l'insuffisance rénale chronique : aspect psychologique :

Préambule

A l'annonce d'une maladie chronique, le patient voit sa vie bouleversée en raison de contrainte de son traitement et de ses possibles complications à long terme. A l'annonce du diagnostic d'une insuffisance rénale chronique et les différentes conséquences potentielles de cette maladie: la douleur, la dépendance, les mutilations physiques, la perte d'emploi, la modification des rapports avec l'entourage familial proche, l'invalidité et l'handicap, etc. Face à cette situation, le patient devra faire face et s'adapter, pour prévenir des réactions pathologiques, la connaissance de ces perturbations est nécessaire, elles sont souvent spécifiques à l'insuffisance rénale chronique qui peuvent être regroupées en certains troubles psychologiques.

II-1-le vécu psychologique d'insuffisance rénale chronique :

Apprendre que l'on a une maladie chronique, annonce des changements dans l'existence, chacun met en place des mécanismes de défense pour faire face à l'angoisse et à la dépression et d'autres troubles psychologiques. Il ne s'agit pas simplement d'un déni de la maladie qui se concrétiserait par une banalisation de son état de santé, un refus qui manifeste, une négation de la réalité.

La survenue de l'insuffisance rénale chronique suscite une angoisse liée à la perception d'un danger (réel ou fantasmatique) qu'il fallait dissimuler une image de prestance où il n'ya pas de place pour l'espace psychique c'est-à-dire pour les émotions (Kübler- Ross. E, 1975).

L'annonce de maladie chronique à un patient entraîne toujours un « choc » psychologique .La réaction du patient est souvent imprévisible: surprise, détresse, panique... voire soulagement. De ce fait l'annonce initiale du diagnostic suscite de l'angoisse où le patient peut se sentir en danger. Dans tous les cas, l'annonce a un impact important sur l'acceptation de la maladie. L'annonce pose également une marque indélébile sur l'avenir (le futur est à

réinventer). L'annonce d'une maladie chronique a un impact psychologique important avec trois types d'effets :

- L'annonce est un acte de baptême d'une maladie
- L'annonce entraîne un changement d'identité: apprendre que l'on a une maladie chronique, c'est aussi apprendre que l'on est malade
- L'annonce nécessite enfin un travail de « deuil » de l'état de santé antérieur: il est nécessaire de faire le deuil de ce que l'on était avant de s'accepter tel que l'on est maintenant et de reconstruire le futur. Ce travail de deuil de l'état de santé antérieur permet l'acceptation de la maladie chronique, c'est-à-dire l'appropriation de sa maladie par le patient. Il s'agit d'une attitude qui se caractérise par le consentement lucide à une réalité, à une situation que l'on décide d'assumer et qui permet d'envisager un avenir avec la maladie chronique. Une carence ou une mauvaise information au début de la maladie peuvent grever lourdement la prise en charge ultérieure (dénier, refus de soins, non observance...). En plusieurs phases permet la maturation de l'acceptation (Modèle d'Elizabeth Kübler-Ross, 1976).

Les différents stades de l'acceptation sont des réactions psychologiques naturelles, mais leur prolongation dans le temps ou leur inadaptation bloquent le travail de deuil.

- **Le choc** initial est un processus de sidération, véritable scotome auditif, surdité émotionnelle.
- **Le déni** est une réaction d'incrédulité, un mécanisme de défense, en partie inconscient, qui consiste à refouler une réalité insupportable, trop menaçante pour l'équilibre psychique.
- **La révolte** : le patient prend conscience de la réalité de l'affection, il peut avoir une réaction d'agressivité, un sentiment de culpabilité, d'injustice (punition), une dépression peut survenir.

- **La négociation** réveille des sentiments contradictoires et se traduit par des tentatives de marchandage vis-à-vis des contraintes des traitements, refus d'une partie du traitement ou surcompensation.
- **La réflexion**, le retour sur soi, l'accommodation, représentent un compromis entre ce qui aurait pu être et ce qui est. La personne prend conscience de ce qu'elle doit assumer, elle sait qu'elle ne sera plus comme avant : perte définitive de quelque chose amertume, ressentiment et tristesse, état méditatif- dépressif
- **L'acceptation**: La personne assume, intègre la maladie chronique dans sa vie quotidienne, elle reconnaît que la maladie implique des contraintes, et prend conscience que la maladie comporte des risques, la maladie est enfin acceptée, Le patient a une nouvelle image de lui avec la maladie chronique. L'idée d'une vie sans maladie chronique est abandonnée, le handicap est admis (responsabilité, dynamisme, savoir être). (Moley-Massol I, 2004).

Autrement dit La verbalisation du vécu de la maladie permet de mieux vivre la maladie et de parvenir à un vécu permettant de se mobiliser, de s'autonomiser de devenir actif de mieux participer avec les soignants à la lutte active contre la maladie ,c'est un travail psychologique sur soi même permettant de faire le deuil de ce que l'on était « avant » et de s'accepter tel que l'on est maintenant .

Pour les malades, la capacité et la volonté de se prendre en charge vont dépendre de leur degré d'acceptation de la maladie, en effet certains stades d'acceptation sont plus favorables que d'autres. (BEAURCHEMIN, JF, 2006).

II.2 les troubles psychiques d'une insuffisance rénale chronique :

II.2.1 les symptômes dépressifs :

L'évolution de la maladie est évidente et il est difficile de fuir la réalité. La dépression devient une réaction normale, diffuse et non nécessairement liée à un événement particulier. Elle sert d'instrument pour faciliter le passage à l'acceptation. Les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique plus susceptible de souffrir de dépression que le reste de la population, et cette

incidence à plusieurs raisons. Parfois le choc du diagnostique et la découverte de la maladie, la sensation d'être toujours fatigué, de ne jamais se sentir bien ou, l'isolement qui permette à la dépression de l'installer.

L'insuffisance rénale chronique peut affecter la capacité de travailler, de prendre soins de sa famille et de participer aux activités sociales et aux loisirs. Le stress généré par n'importe laquelle de ces situations peut déclencher la dépression chez les personnes ayant une prédisposition, soit par l'hérédité ou par d'autres facteurs.

Certains des symptômes de l'insuffisance rénale chronique, comme les douleurs, la fatigue, troubles de sommeil, recoupe souvent de la dépression, ce que la rendre plus difficile à diagnostiquer pour le médecin ou le psychologue. Parmi les autres symptômes de la dépression qu'il nous faut détecter chez une personne atteinte de l'insuffisance rénale chronique, mentionnons la perte de l'appétit, la diminution de la libido, le sentiment négatif ou pessimiste, un faible estime de soi, la difficulté de concentration, la perte d'intérêt pour des activités qui pourtant nous plaisaient bien, des pensées suicidaires.

Pour quelqu'un, atteint d'une insuffisance rénale chronique ou de maladie chronique, la dépression peut exacerber la douleur. La combinaison de ses deux maladies de ses deux maladies augmente le niveau de l'incapacité de la vie. par conséquent, il est important de traiter les deux affections l'insuffisance rénale chronique(IRC) et la dépression, lorsque a été diagnostiqué. L'IRC peut augmenter les risques de souffrir de dépression, la dépression peut empirer les symptômes de l'IRC, entraînant une incapacité et une activité plus importante de la maladie qui, à leur qui à leur tour, peuvent mener à la dépression.

Une dépression non traité peut porter à négliger les soins, à démotiver à respecter le plan de traitement à s'isoler plus facilement des amis et de la famille et à éviter les activités que pourtant on aimait. Pour toutes ces raisons la dépression peut affecter défavorablement sur le traitement de l'insuffisance rénale chronique. (A. LACROIX, 2003, p.35).

II.2.2-les symptômes anxieux :

Parmi les complications psychologiques qui peuvent apparaître pendant une maladie chronique on peut citer l'anxiété ; qui est le symptôme le plus observé pendant l'insuffisance rénale chronique (IRC). Ce facteur psychologique est susceptible d'être étroitement associé à l'activité de la maladie : facteur psychologique capable d'affecter le système immunitaire, endocrinien et le système nerveux central (SNC).

On peut ainsi imaginer que certains facteurs psychologiques participant à l'augmentation de l'activité de la maladie sera elle-même susceptible de générer ou de majorer les facteurs psychologiques comme l'anxiété.

L'anxiété est le plus répandu des problèmes psychologiques chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique, puisqu'elle tient lieu de signal d'alarme devant l'existence d'une maladie chronique, d'un danger de l'incapacité et traitement lourd. Pour cette raison apparente, l'anxiété persiste chez ces sujets et entrave leur fonctionnement. C'est surtout dans ces situations que les individus qui en souffrent sont amenés à consulter des médecins ou d'autres professionnels et souvent ont viennent à suivre une psychothérapie. (ROBERT LADOUCEUR et Al, 1999).

II.3-L'intimité et l'insuffisance rénale chronique :

L'insuffisance rénale chronique peut entraîner des difficultés sexuelles mais pas de façon systématique. Il existe bien d'autres causes : maladies vasculaires, hypertension artérielle, diabète, dépression, mais aussi alcoolisme, tabagisme ou la prise de médicaments tels que certains antihypertenseurs, des anxiolytiques ou des neuroleptiques ces difficultés engendrent chez le patient atteint de l'IRC une perturbation dans la vie amoureuse et dans leur relation conjugale.

L'intimité et la relation avec les conjoints ne sont évoquées que par les soignants. De nombreux auteurs comme CONSOLI S.M 1990 et CUPA D, 2002 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. C. DUNEMANN et F. 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.

- **L'inquiétude face à l'évolution de la maladie :** la découverte de la maladie, l'interrogation sur les traitements à venir, l'anticipation des difficultés possibles sont autant des éléments qui ont un retentissement sur le plan affectif.
- **Une altération de l'estime de soi :** de façon tout-à-fait subjective, parce qu'on se sent malade, fragile ou vulnérable, on pense qu'on ne pourra plus être désiré sexuellement, et qu'on ne pourra plus satisfaire l'autre. Cette vue pessimiste des choses peut se modifier spontanément, la réalité apportant souvent la preuve du contraire.
- **L'impact de la maladie sur la vie quotidienne du malade :**

L'insuffisance rénale chronique terminale a des conséquences sur l'organisation et la qualité de la vie quotidienne de la personne atteinte, et sur sa situation financière. Elle engendre un handicap qui s'est observé sous trois angles : la déficience, l'incapacité et le désavantage. La déficience est due à la perte irréversible de la fonction rénale et son association à d'autres maladies. Tous les patients font deux à trois séances d'hémodialyse par semaine de 04 heures chacune. La déficience est accentuée par la Co-morbidité (HTA, diabète, cardiopathie et dépression) due à l'âge avancé de la plupart d'entre eux. Ceci entraîne une perte de l'autonomie responsable de l'incapacité. (Moley-Massol ,2005).

Le malade hémodialysé devient non seulement dépendant du générateur, Du personnel de santé mais aussi de son entourage.

Les dimensions sociale et psychologique sont soulignées par plusieurs auteurs comme Barr JV, Robinson S, Marin-Link B, 2003, elles constituent les caractéristiques principales des maladies chroniques à cause de l'handicap qu'elles créent.

L'insuffisance rénale chronique engendre des complications énormes sur les plans :

- Organique : amputations, cécité, cardiopathie...
- Psychique : dépression, perte d'estime de soi...
- Social : perte d'emploi, difficultés financières, isolement...

II.4. La prise en charge familiale et le rôle de soutien de l'entourage :

La prise en charge familiale est essentielle dans l'IRC. Elle touche le malade au quotidien. Le conjoint, les descendants, les ascendants ou les voisins interviennent au niveau financier, psychologique, moral, physique affectif et spirituel.

Mais il y a aussi des proches, d'autres associations, des anonymes et des membres de la communauté sans lien de parenté qui participent par des dons financiers et en nature pour la prise en charge des hémodialysés. Leur présence est quasi quotidienne, sans rémunération, ni formation, leur apport est non négligeable. Ceci corrobore avec le modèle des soins novateurs pour les affections de l'OMS qui précise que la communauté est un acteur important dans la trajectoire des soins du malade chronique. Aussi les proches doivent accompagner les malades à travers les différentes étapes de sa maladie. Ils sont donc appelés à vivre de grands stress, de fatigue ainsi que les problèmes financiers et médicaux. (Herrin J. 2003).

II.5. L'image de la maladie dans la société :

L'insuffisance rénale chronique terminale n'est pas connue du public. Plusieurs auteurs comme (ALLILAIRE J-F, 2002 et DUBERNARD C, 1979) qui précisent que parmi tous les organes du corps humain, les reins sont les organes sur lesquels le plus d'erreurs anatomiques et topographiques sont commises. Les

patients pensent qu'il est nécessaire que le public possède une meilleure connaissance de la maladie et de son traitement. Cette opinion est intimement liée à leur perception que cette meilleure connaissance favorisera leur image dans le grand public et par conséquent, aurait un effet bénéfique sur leur propre image. En effet, ils veulent être considérés « comme quelqu'un de pas malade » selon leur expression. Pour cela, ils cachent leur maladie pour éviter de fournir des explications et surtout pour éviter d'être considérés comme des handicapés ils reconnaissent avoir besoin d'une identité sociale non dévalorisée.

II.6.les consultations d'aide :

La psychothérapie : De nombreuses techniques de psychothérapie peuvent être utiles aux malades ayant une insuffisance rénale chronique : psychothérapie de groupe, relaxation, hypnose, technique d'éducation individuelle .il n'a ya pas de solution tout faite .les thérapeutes doivent être intégré dans l'équipe pluridisciplinaire de soin afin d'adapter leur discours à la situation clinique du patient.

les associations d'enceins malades :

Elles proposent des visites préopératoires, permettant au malade de poser les vraies questions aux vraies personnes, qui peuvent donner les vraies réponses.

Les groupes de malades sont important :

-Pour être une source d'information crédible basée sur leur propre expérience personnelle.

-Démontrer les moyens positifs de faire face à la maladie et vivre malgré la maladie.

-Encourager la motivation pour a rééducation et l'amélioration de l'image de soi.

-Encourager le patient à participer à son propre traitement.

-Aider les familles à faire face à la situation clinique et faire savoir répondre aux questions de façon appropriée. (F, J HERON, 2003, p.11).

II.7. Le rôle du psychologue :

La psychologie étant science des faits psychiques visant à la connaissance des activités mentales et des comportements en liens aux conditions de l'environnement, impose la présence nécessaire d'un psychologue dans chaque centre d'hémodialyse. car entre le diagnostic médical, l'explication du traitement, il ya des adaptations psychoaffectives émotionnelles qui vont se produire chez la personne et ces proches.

L'intervention d'un psychologue peut parfois être nécessaire, les thérapies cognitives et comportementale par exemple aide les personnes ayant une insuffisance rénale chronique à mieux gérer les la douleur et la maladie et procure aussi le sentiment émotionne

Conclusion

L'insuffisance rénale chronique a un retentissement sur tout les plans de la vie d'un individu, c'est une maladie chronique qui provoque chez le patient des perturbations physiques et psychologiques et que la prise en charge médicamenteuse est obligatoire et aussi l'éducation thérapeutique est indispensable dans l'acceptation et l'adaptation à vivre avec cette maladie.

II. Le soi et l'estime de soi

Préambule

I. Le soi

- I.1. définition du soi
- I.2. les composantes de soi
- I.3. les dimensions de soi
- I.4. les facteurs qui influencent le développement de soi
- I.5. les caractéristiques de soi
- I.6. les étapes de développement de soi
- I.7. les théories qui abordent le développement de soi

II. L'estime de soi

- II.1. définition de l'estime de soi
- II.2. la formation et la genèse de l'estime de soi
- II.3. les facteurs qui influencent l'estime de soi
- II.4. les degrés de l'estime de soi
- II.5. les caractéristiques d'une personne qui s'estime et les caractéristiques d'une personne manque d'estime de soi
- II.6. les théories qui abordent l'estime de soi
- II.7. la différence entre le soi et l'estime de soi
- II.8. les troubles associés à une faible estime de soi

Conclusion

Préambule

Le soi constitue l'ensemble des connaissances et des croyances que les gens ont sur eux-mêmes. L'estime de soi globale de la valeur de soi en tant que personne, il s'agit de l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur. L'estime de soi aspect important de la prise de conscience de soi et de la connaissance de soi, désigne l'attitude plus au moins favorable chaque individu a lui-même.

L'estime de soi permet de se donner une valeur. Elle contribue aussi à donner une motivation et des aspirations, l'évaluation de soi va alors impliquer la gestion des attitudes temporelle et des conduites d'anticipation. Ainsi permettant à l'individu d'avoir confiance en lui-même et en ses possibilités d'actions, elle favorise l'investissement de l'avenir.

I. Le soi :

I.1. Définition du soi :

Pour L'Écuyer (1994), dans son livre : « le développement de concept de soi de l'enfance à la vieillesse », il définit le concept de soi ainsi :

Le concept de l'estime de soi réfère à la façon dont la personne se perçoit, à un ensemble de caractéristiques (goût, intérêts, qualité, défaut, etc.), de traits personnels (incluant les caractéristiques corporelles), de rôles et de valeurs, et que la personne s'attribue évalue parfois positivement ou négativement et reconnaît comme faisant partie d'elle-même, à l'expérience intime d'être et de ce reconnaître en dépit des changements. (L'Écuyer, 1994, P.45).

Pour Cooley (1556)

Le concept de soi d'une personne intègre un ensemble complexe d'attitude, de sentiment conscient et inconscient, de perception de soi, de son corps, de ses rôles sociaux et de sa valeur personnelle. C'est une expérience de ses sentiments, de son expérience, de son insertion sociale. Le concept de soi,

c'est ce que l'on pense de soi même, en tant qu'entité indépendante et distincte, et ce que l'on pense être aux yeux des autres. (Potter Patricia, 1956, P.741).

Pour la psychologie sociale :

Le de soi est défini : comme un ensemble d'informations sur un individu, auquel cet individu peut avoir accès ainsi que les mécanismes intra personnels et interpersonnels qui gèrent cette information de point de vue cognitif, comportementale, émotionnel et social. la connaissance de soi comprend deux dimensions, le concept de soi et l'estime de soi. (Dictionnaire de la psychologie, N. Sillamy, P.242).

I.2.les composantes de soi :

William James (1842-1910) : pour cet auteur une personne possède 3 types de moi :

-Le moi matériel ou physique : il évoque le corps de la personne, les vêtements, la famille (père, mère, frères, etc.), les proches et la maison.

-Le soi social : il est le résultat de la considération reçue, des autres personnes, autrement dit le soi social a trait à l'image qu'on projette ainsi qu'aux différents rôles qu'on joue devant les gens qui nous entourent.

-Le moi spirituel ou le moi mental : il désigne l'ensemble de tous les états de conscience de l'individu, de ses tendances psychiques (dons ou aptitudes). (Psychologie, Briefer Cour (1892, Trad., 2003 de William James).

I.3. les dimensions de soi :

-le soi social :

George Herber Mead (1934-1963) : Pour cet auteur le soi d'un individu se développe à partir des jugements qu'autrui émet sur lui à l'intérieur d'un contexte dans lequel cet individu et autrui interagissent.

Le soi n'est pas présent au départ de la naissance, mais se développe toute au long de l'activité et l'expérience sociale. (Delphine M, 1995,19).

-le soi perspectif : Les psychologues commencent leurs analyse en s'intéressent à l'individu et là à façon dont le processus psychologique intra personnel affect la nature et les actions du soi.

I.4.les facteurs qui influencent le développement de soi :

- l'image du corps :

Le corps est le seul repère stable, au fondement du sentiment de soi malgré les changements qu'il subit. Il participe d'un retour symbolique pour accéder aux sentiments d'être soi, l'intervention sur le corps exprime la volonté de le maîtriser.

David Elberton souligne l'impotence de la tenue corporelle à travers la mise en scène spectaculaire (une mise en spectacle) de la chevelure, de la peau, vêtement, des attitudes. », Sur une signification de ce qu'il prétend être à travers l'affichage à outrance : « volonté de sursignifier son corps, son identité, son appartenance sexuel ou de joué avec elle selon les moments et les public » (Delphine M, 1995, p.17).

- Interaction sociale :

L'étude de(Combes) en1969 a montré que la réussite des interactions sociales donnent des bonnes pensées sur le soi, et l'estime de soi positive augmentent les interactions et les relations sociales.(J, Djamila, M, Nadja, 2005-2006).

I.5.les caractéristiques de soi :

Du point de vue topique :

Le soi est un ensemble regroupant tous les constituants du psychisme.il serait donc aussi synonyme de l'âme.

- du point de vue dynamique : il exprime un double aspect :

A- La tendance des contenus inconscients à parvenir la conscience, soit sous-forme de prise de conscience, soit quand celle-ci est tendue impossible par l'attitude du moi, sou forme de symptômes ou d'inflation du moi qui

s'identifie à la totalité du psychisme. Jung insiste particulièrement sur les dangers d'une telle inflation qui peut mener jusqu'à l'éclatement.

B-La capacité de compensation de l'inconscient, qui propose au moi pendant son attitude dirigée, la compensation ne peut jouer que dans la mesure où le rapport du moi et du soi est suffisamment différencié. Si le moi est en état d'inflation s'identifiant au soi, la compensation s'inverse et il y a emballement dans le sens de la direction du moi ou dans le sens inverse.([http:// :www.wikipèdia.net //](http://www.wikipèdia.net//) (psychologie).

- **de point de vue génétique :**

Le soi est à l'origine de la construction du moi. Première étape du processus d'individuation. Il est maintenant indifférencié de l'imgo -maternelle, mais il est néanmoins moteur de la différenciation, enfin Jung dit aussi que la pensée est fondée sur la révélation du soi. (Essai d'interprétation psychologique du dogme de la bènite, 1940-1948).

- **du point de vue structural :**

Dans la mesure où son rapport au moi déterminé, par son dynamique compensateur, son influence organisationnelle dans le psychisme, il peut ainsi être tous aussi bien facteur de regroupement (liaison) que d'éclatement (dé liaison).Facteur de liaison il permet l'union des animes le processus d'individuation.

Par apport au concept Freudien, le soi du Jung est tout à fait original :

-par apport au surmoi : le surmoi est un succédané nécessaire et inévitable de l'expérience de soi. Tant que le soi est inconscient, il correspond au surmoi de Freud.

- par apport au moi idéal et l'idéal de moi –tous deux avatars du surmoi Jung insistent sur le fait que le soi, en tant que totalité inclut les aspects les plus bas de la personnalité. Il ne peut donc être confondu avec le moi idéale que dans la mesure ou une inflation du moi annula son activité compensatrice, et avec

l'idéal de moi que dans celle où la dissociation de la personnalité maintient dans l'inconscient ses aspects sombres. ([Http://www.wikipédia.net/](http://www.wikipédia.net/), (psychologie).

- Du point de vue de ses représentations :

Les images du soi apparaissent dans les rêves et les protections spontanées (causé, cercle) : les mandalas. Jung a constaté que ces formes de représentations se trouvent dans toutes les cultures aussi bien que dans les productions individuelles. Il estime que l'apparition des images du soi dans les rêves est souvent liée à des profondes tensions aux ruptures de l'équilibre psychique. ([http://www.wikipédia.net/soi,\(psychologie\)](http://www.wikipédia.net/soi,(psychologie))).

I.6 .Les étapes de développement de soi :

L'existence de coupure périodique indubitable à des moments tellement précise de la vie fait que la notion de stade de développement du soi s'impose d'elle-même. En gros il existe six stades, dont certains se subdivisent en sous-stades. Les stades sont les mêmes chez les hommes et les femmes.

- Stade de l'enfance (I, II, III) (entre 0 et 10 ans) :

Les enfants ne sont pas encore en mesure de se décrire eux-mêmes tels qu'ils se perçoivent au cours de stade I (celui de l'émergence du moi, entre 0 et 2 ans). À partir des multiples expériences de communication avec l'environnement matériel et social, une variété de perception de soi s'élabore progressivement.

À partir de deux ans (stade II : la connaissance du moi, entre 2 et 5) les cinq structures sont déjà présentes de même que 8 et 10 sous-structures constituent des perceptions centrales, indiquant bien par-là que tout est à faire.

Au cours du stade III (l'expansion du soi, entre 6 et 10 ans), le concept de soi s'élargit davantage à cause des multiples expériences nouvelles, incluant la vie scolaire. Les deux sous-structures manquantes apparaissent

- Stade de l'adolescence(IV), (entre 10-12et 21-23) :

Premier grand remaniement au niveau du concept de soi, d'où le nom de réorganisation du soi donné à ce stade. Au départ (autour de12ans), il y a une sorte de désorganisations.

Les adolescents ne savent plus ce qui est important : certaines perceptions antérieurement centrales ne le sont plus ; d'autres le deviennent.

Le premier sous- stade-celui de la différenciation du soi (entre 10-12et 15-16 ans), est marqué par l'apparition de multiple nuances entre les diverses perceptions ainsi que par l'addition des derniers catégories nouvelles dans divers secteurs encore incomplets.

Le second sous –stade – celui de l'adaptation du soi (17-18 et 21-23ans), est surtout centré sur les aspects Adaptatifs, même si ce ne sont pas les seuls éléments importants. Le concept de soi s'organise maintenant.

- Stade d'adultes (entre24-25et55-57ans) :

L'entrée dans ce stade, dit de maturation du soi, est marqué par un second remaniement du concept de soi entre 21et 25, ans, donc par une nouvelle perte temporaires des priorisées. Le concept de soi se concentre alors autour des trois structures les plus essentielles pour assurer un bon fonctionnement dans la vie adulte : d'abord se bien connaître (structure soi personnel) et ensuite bien fonctionner avec les autres (structure soi social), afin de réussir une adaptation optimale face à soi- même, aux rôles et aux responsabilités à assumer (structure soi adaptatif).

Les deux sous- stades identifiés durant cette long période – polyvalence du soi : entre (24 -25) et (42-43) ans), ainsi que reconnaissance et accomplissement du soi : entre (44-45) et (55-57) ans – marquent l'orientation dynamique.

- Personnes âgés-Stade VI entre (58-60 et 100 ans et plus):

Deux sous-stades caractérisent cette dernière période de vie concernant le développement du concept de soi :

Le premier – celui de la reviviscence du soi (entre 58- 60 et 75-77 ans) : indique que, suite à la réorganisation qui prend certain temps et où le concept de soi comporte plus d'aspects négatifs qu'auparavant, il y a ensuite récupération et reprise plus positive au-delà de 70 ans, d'où le nom de reviviscence donné à ce sous-stade.

Le second- celui de la sénescence du soi (entre 78-80 et 100 an) : est marqué par une restriction progressive du champ perceptuel et par conséquent de la variété des différentes perceptions de soi. Le concept de soi et d'avantage concentré sur un ensemble perceptuel plus restreint. Ce phénomène paraît directement lié à la réduction du cadre de vie auquel les personnes âgées sont de plus en plus limitées, à la diminution des expériences nouvelles, en somme à l'appauvrissement de l'environnement matériel et social.

La structure du Soi matériel redevient centrale ainsi que ses deux sous-structures : le soi somatique et sa catégorie condition physique et santé, mais à des âges différents selon qu'il s'agit des hommes ou des femmes ; le soi possessif apparaît plus important chez les femmes.

La structure de soi personnel demeure centrale de même que ses deux sous-structures : l'image de soi et l'identité de soi. Au niveau de l'image de soi. Les descriptions de soi en terme d'énumérations d'activités redeviennent prioritaires chez les hommes et les femmes, la catégorie sentiments et émotions conserve son importance surtout chez les femmes, alors que les catégories goûts et intérêts ainsi que qualités et défauts perdent leur priorité antérieure. La structure soi adaptatif : demeure elle aussi prioritaire, mais ses éléments sous-jacents (sous-structures et catégories) ne sont désormais presque jamais des perceptions centrales. Il ne faut pas associer à de plus grandes difficultés d'adaptation, mais plutôt au fait que les personnes âgées ne sont plus sollicitées de toute parts par les exigences de la vie et des à charge durant leur vie active.

La structure de soi social : demeure surtout chez les femmes, mais ses dimensions sous-jacentes ne sont plus prioritaires chez les hommes à partir

de(60ans) et chez les femmes au –delà de (80 ans), indiquant bien un retrait progressif surtout au cours du dernier sous-stade (80 ans et plus).

Enfin, la structure soi-non soi : description de soi à travers les autres, surtout par le biais de ce qui arrive aux enfants, pour les personnes âgées redevient centrale chez les femmes à partir de 60 ans et chez les hommes à partir de 80 ans. (PR. René L'Ecuyer-université de Sherbrooke-colloque de castres-juin 2000).

I.7.les théories qui abordent le soi :

A-la théorie interactionniste symbolique :

Le postulat fondamental de l'interactionnisme symbolique est que l'individu et la société sont des unités inséparables, interdépendantes, se construisant réciproquement. Le soi et la société interagissent mutuellement, chacun n'étant pleinement compréhensible que dans le contexte de ces rapports avec l'autre. Les interactionnistes symbolique vont alors considérés les concepts de soi des individus comme étant déterminé par leurs interactions symboliques avec autrui. (Goffman, 1959 ; Mead, 1934-1934, cité par Delphine M, 1995, P.18).

Ils ont élaboré et employer le concept de soi comme une structure cognitive qui naît de l'interaction de l'organisme humain et de son environnement social.

-Avallon et Louis-Guérin, 1988, identifiés comme des interactionnistes symboliques, imaginent impossible qu'un individu seul puisse extérioriser ses propres points de vue. (PR. René L'Ecuyer-université de Sherbrooke-colloque de castre 2000).

B -La théorie cognitive :

Les processus mentaux sont considérés comme une succession d'étapes, chacune d'entre elle étant consacré à l'exécution d'une fonction particulière, d'une partie de traitement de l'information, les représentations de soi sont cognitives et / ou , de formes verbales ,neuronales ou sensori-motrice ou

se forme d'image certains sont organisées dans des structures contenant à la fois une base de connaissance bien élaborées et des règles de productions pour savoir comment se comporter dans certains types de conditions d'autres conceptions sont plus provisoires, construite sur le lien d'une interaction sociale particulière (Delphine M, 1995, P.164)

Empirique, il devient clair également que le soi peut influencer chaque aspect du traitement de l'information susceptible de concerner les individus (information auto pertinente). (PR. René L'Ecuyer-université de Sherbrooke-colloque de castres-juin 2000, P.19-20-21).

II. L'estime de soi :

II. 1.définition : il n'existe pas de définition universellement acceptée de l'estime de soi.

Pour le petit Larousse : L'estime de soi est l'appréciation favorable que l'on peut avoir d'une chose ou d'une personne. (Josiane de Saint Paul, 1999, P.1).

Pour le centre de la psychologie appliquée (CPA) :

L'estime de soi est l'expérience d'une approbation portée sur soi-même, elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable et important, c'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par le comportement significatif (Dederix J, 2010, P.57-58).

Pour Josiane de Saint Paul (1999) :

L'estime de soi désigne l'évaluation positive de soi-même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humain. Une personne qui s'estime se traite avec bienveillance et se sent digne d'être aimé et d'être heureuse. L'estime de soi est également fondée sur le sentiment de sécurité que donne la certitude de pouvoir utiliser son libre arbitre, ses capacités et ses facultés d'apprentissage pour faire face de façon responsable et efficace aux événements et aux défis de la vie. (Josiane de Saint Paul, 1999, P.20).

Pour Bloch : il définit l'estime de soi comme :

Valeur personnelle, compétence qu'un individu associe à son image de soi. L'estime de soi peut être fondée sur le choix par le sujet de normes extérieurs dont il constate qu'il est ou non capable de les atteindre. Elle peut aussi découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistant chez le même sujet ; le moi actuel d'une part, d'autre part le moi idéal, le moi qui devait -être l'image de lui que le sujet suppose chez certains personnes qui le connaissent » (Bloch H, 2000, P.117).

Pour Cooper Smith : est l'un des premiers qui ont écrit sur l'estime de soi.il définit cette dernière comme :l'estime de soi renvoie au jugement que les individus portent sur eux même, qu'elle que soit les circonstances, c'est en ce sens ,une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite ,en sa valeur sociale et professionnelle ,qui se traduit par les attitudes adoptées face à des situations de la vie courante(vie sociale, familiale et professionnelle). L'inventaire a donc été élaboré pour fournir une mesure fidèle et valide de l'estime de soi. (Cooper. S, 1984, P.10).

Pour Harter (1998) : il a défini comme : l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne .il s'agit de l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur, c'est-dire de son degré de satisfaction de lui-même. (Harter, 1998, PP.57-58).

Pour Bouvard (1999) : elle a définit ainsi : appréciation positive ou négative de l'individu sur lui-même issu de système de valeur personnelle ou imposées par l'extérieur à l'enfance. (Bouvard, 1999 P.195).

II .2.La formation et la genèse de l'estime de soi :

L'estime de soi est le produit du jugement que nous portant sur nous-mêmes et suppose l'existence d'un concept de soi : une idée de qui je suis et d'un idéale de moi : une représentation de qui je veux être. Pour comprendre

comment se forme l'estime de soi qui est le produit de la comparaison entre l'un et l'autre, il faut donc comprendre comment se construit le concept de soi ou la conception que nous avons de nous-mêmes ainsi que notre idéal de moi.

Bien entendu, le nouveau-né ne vient pas au monde avec un concept de soi, il ne peut même pas être une entité distincte de l'environnement. C'est petit à petit que ce concept va se former, à partir de l'interaction avec la mère et les autres personnes qui entourent l'enfant et en prennent soin. Ces personnes constituent son cadre de référence.

Cet apprentissage précoce est essentiel mais il est capital de comprendre qu'un être humain apprend toute sa vie. Au fur et à mesure que l'individu rencontre des situations nouvelles expériences, le concept de soi est susceptible d'évoluer. Il est clair cependant qu'il vaut mieux former dans ses jeunes années une impression favorable à propos de soi, des autres et du monde que l'inverse ! On évitera ainsi d'avoir à corriger cette mauvaise impression, Si l'on a de nombreuses preuves démontrant que c'est possible, cela peut demander du temps et une certaine énergie. (Josiane de Saint Paul, 1999, P.23).

II.3. Les facteurs qui influencent l'estime de soi :

Il y a plusieurs facteurs qui influencent l'estime de soi on peut citer :

- les facteurs personnels :

Les facteurs personnels ont une grande influence sur l'estime de soi, à l'âge adulte. Celle-ci accorde une grande importance à son corps et ses caractéristiques organiques, si sa forme le gêne, ce dernier provoque en lui un déséquilibre et une angoisse le résultat en une sensation de manque, face au sentiment d'être dépassé devant des situations.

- les facteurs environnementaux :

La famille est considérée comme étant les milieux qui influencent la personnalité de chaque individu et la formation de son soi identité ses origines biologiques et sociales. La famille répond à ces désirs et à ses besoins

psychologiques et sociaux ainsi que le développement sexuel, le milieu joue un rôle essentiel pour son estime de soi, les valeurs sociales et l'ensemble de ses expériences vécues par l'individu. Les expériences sociales qui entourent l'adolescent influence son estime de soi et bonne adaptation. Par contre les expériences négatives mènent à une faible estime de soi. Le jugement, sur la validité d'un individu à un autre par extraits verbaux et en exprimé par les comportements apparents. (Cherif, 1993-1994, P.86).

Certains facteurs psychologiques tels que l'influence des maladies chroniques comme l'insuffisance rénale chronique sur l'estime de soi, en provoquant chez le malade un sentiment de culpabilité, d'incapacité, la non satisfaction, la défiance physique et le sentiment de manque avoir des idées négatives sur soi, le replis sur soi la honte et le complexe, tout cela provoque une baisse estime de soi. A l'annonce de cette maladie, le patient traverse différents stades de déni à l'acceptation, le diagnostic de la maladie rénale chronique constitue souvent un choc un stress qui peut bouleverser la vie d'une personne qui la pousse à sous-estimer, voir même se négliger et se sentir inutile.

Avoir atteint d'une maladie chronique constitue une menace à la santé dans la vie quotidienne suscite des impressions et des réactions émotionnelles souvent négatives, se sentir inférieur aux autres, la façon dont nous pensons joue un rôle déterminants sur notre estime de nous-mêmes. ([http. Relation-aide.com](http://Relation-aide.com)).

II.4.les degrés d'estime de soi :

- Forte estime de soi et faible estime de soi :

En générale, les individus acceptent mieux les renforcements positifs que les renforcements négatifs, il existe cependant des différences individuelles. Ainsi les individus ayant une faible estime de soi acceptent relativement un renforcement négatif que les individus ayant une forte estime de soi.

Campbell (1990) : a mené une série d'expériences illustrant un certain nombre de différences entre les individus à forte et faible estime de soi.

Pour participer à ses expériences, les individus étaient d'abord sélectionnés en fonction de leur niveau d'estime de soi. Seuls les sujets à forte estime de soi et les sujets à faible estime de soi étaient retenus.

Dans la première recherche, l'expérimentateur présentait aux sujets un ensemble de quinze paires d'adjectifs chaque paire était constituée d'adjectifs antonymes (dominé /dominant, compétitif /coopératif, indépendant/dépendant) chaque adjectif étant présenté un pôle d'une échelle en sept points .Les sujets devaient d'abord indiquer comment ils s'estimaient sur chaque paire. Ils devaient en leur premier jugement sur une échelle en cinq points allant de « pas du tout confiant » à « très confiant ». (Delphine, M ,2002.P.53)

II.5.les caractéristiques d'une personne qui s'estime et les caractéristiques d'une personne qui manque d'estime de soi :

A- les caractéristiques d'une personne qui s'estime :

De nombreux auteurs sont intéressés aux caractéristiques des personnes qui font preuve d'estime de soi et de confiance en soi, et en particulier à ce que ces personnes pensent d'elle -même, des autres et du monde.

D'une façon générale :

Les personnes considérées pensent qu'elles sont dignes d'être aimées et d'être heureux, de plus. Elles se sentent « compétentes ».Non qu'elles soient persuadées de savoir tout faire ou de pouvoir tous réussir, mais elles se donnent le droit à l'erreur et elles savent qu'elles peuvent apprendre. Elles pensent qu'elles sont responsables de ce qui leur arrive et, en particulier, de leur propre bonheur. Elles savent aussi ce qu'elles veulent et sont enclines à agir pour l'obtenir. Ainsi, on a pu remarquer qu'elles ont tendance à se montrer raisonnablement confiantes, gaies, créatives et pleines d'un sens de l'humour qui n'est pas à confondre avec l'ironie ou le sarcasme et que, d'une façon générale, elles ont des attentes positives à propos de ce que leur réserve la vie

- Ce qui concerne leur attitude par rapport aux autres :

Elles se sentent à leur égales : ni inférieures, ni supérieures et elles s'attendent à avoir avec eux des rapports agréables et constructifs. Les personnes qui ont une bonne estime de soi sont :

-En général calme

-Coopératives

-Sociables

-Bienveillantes envers leur semblable

-N'ayant rien à prouver ni à elle-même ni aux autres

-Ne craignant pas le jugement d'autrui

-Elles sont libres d'apprécier le moment Sans préoccupations parasites

-Elles savent aussi très bien écouter

-Elles ont la possibilité d'être totalement présentes dans un échange avec autrui car elles n'éprouvent pas le besoin de se centrer sur elles-mêmes ni de porter un jugement sur ce que l'autre dit.

-Elles se respectent et n'hésitent pas à s'affirmer et à affirmer leurs opinions si nécessaire.

Maslow décrit les personnes qui ont une estime de soi positive par rapport aux caractéristiques suivantes :

-Elles sont réalistes

-S'acceptent, acceptent les autres comme ils sont et le monde tel qu'il est

-Spontanés, leur appréciation des autres est faite sur le moment plutôt qu'à partir de stéréotypes.

-Autonomes et indépendantes.

-Elles se centrent sur les tâches à accomplir plutôt que sur elles-mêmes et ne confondent pas la fin avec les moyens. (Josiane .SP, 1999, P.21-22)

B-Caractéristiques d'une personne qui manque d'estime de soi :

Dans la mesure où il est une composante importante de la personnalité, le niveau de notre estime de soi a nécessairement des conséquences profondes dans

les domaines de notre vie : les décisions que nous prenons les amies que nous choisissons, le type de relation que nous entretenons avec les autres, nos relations sentimentales. De plus il a un retentissement sur nos attentes et par la même sur les résultats que nous obtenons, ainsi que sur notre attitude globale envers la vie. Par-dessus tout, il affecte notre optimisme, notre énergie et notre joie de vivre. (Http. techniques pour l'estime de soi).

Une mauvaise ou une faible estime de soi serait liée à une vision dévalorisante de soi-même, de ses compétences, de son apparence physique et de ses capacités relationnelle. Une telle dévalorisation de soi relève de la symptomatologie traditionnelle de la dépression car l'estime de soi faible ne serait rien d'autre que la manifestation d'un état dépressif, à l'inverse une valorisation de soi satisfaisante traduit un équilibre psychologique ou une stabilité émotionnelle.

Voici les clés d'une mauvaise estime de soi :

-le défaut chronique de confiance en soi : la personne ne sent pas le droit de réussir, manque de respect et de considération envers son propre pouvoir créateur. Elle survalorise les réalisations des autres et sous-estime ses succès en les attribuant, notamment à des causes fortuites.

- le pouvoir d'action limité : le manque de foi en soi inhibe singulièrement le nécessaire passage à l'action, l'individu en défaut d'estime personnelle masque souvent son inertie sous de multiples projets, calculs, et plant ne débouchant sur aucune caractéristique. De ce constat d'incapacité à agir, la personne tire généralement argument pour justifier son inaction future, le piège est total et la personne ne tarde pas à se poser en éternelle victime.

- le repli et la méfiance excessive : ne pas estimer à sa juste valeur, ne pas savoir connaître ses atouts et talents, provoque un repli sur soi incompatible avec les échanges extérieur. L'individu tourne en circuit s'en fermé au lieu de s'enrichir des connaissances et des expériences des autres.

- **la crainte du changement** : c'est le critère le plus visible dans le comportement de l'individu, à l'estime personnelle insuffisante il se juge inapte à tirer parti des aspects positifs inhérents à tout changement et voudrait en rester à une situation de statut quotidien. (Http. Techniques pour l'estime de soi).

D'autre disent que les personnes chez lesquelles les réalisations ne concordent pas avec les aspirations personnelles, se considèrent inférieur. Qu'elle que soit le niveau des résultats quelle obtiennent ces personnes font le plus souvent état de sentiment de culpabilités, d'auto dépréciation et accordent peu de valeur à leurs résultats réelles. Tant que leurs aspirations ne sont pas comblées. (Cooper .S, 1984, pp.7-8).

II-6-les théories qui abordent l'estime de soi :

La théorie psychosociale a beaucoup parlé sur l'estime de soi et on trouve parmi les auteurs de cette approche :

William James :

Pour cet auteur l'estime de soi est le rapport des succès sur les prétentions, w.James évoque son propre cas « moi qui a avais tant investi dans la psychologie, suis mortifié si d'autres en savent plus que moi dans ce domaine. En revanche, je me satisfais tout à fait de me vautrer dans l'ignorance la plus crasse de la langue grecque ».Pour ce dernier, l'estime de soi n'est pas tant fondée sur une échelle de réussites ou d'échelle que sur le rapport relatif de la réussite sur les aspirations. Dans cette perspective relativiste, les accomplissements objectifs sont réévalués en fonction d'une grille de lecture interne. Ainsi, avons-nous le paradoxe de cet homme mort de honte de n'être que le second boxeur ou le second rameur du monde alors que « tel méchant gringalet que tout le monde pourrait battre, souffre aucunement de ses désavantages ». Pour l'auteur le sentiment de soi que nous développons dépend de l'importance des investissements mis en jeu dans la réalisation de ce que nous avons décidé d'être ou de faire. (Jean-Pierre, Famos, 2002, p.16).

Charles Cooley :

Ala différence de James les interactionnistes symboliques ont placé un fort accent sur la manière dont les interactions sociales de l'individu avec les autres façonnaient profondément le soi, ainsi pour Cooley le soi est considéré comme est considéré comme étant principalement une constriction sociale men é à travers des échanges linguistiques (interaction symboliques) avec d'autres.

C'est dans ce processus que c'est profondément structuré .toute la théorie du soi –miroir (looking –glass self) de Cooley tient dans ce distique désormais célèbres chez les chercheurs anglo-saxons : « chacun pour chacun un miroir /permet à l'autre de ce voir ».

Pour les autrui significatifs constituent un miroir social que l'individu regarde et dans lequel il détecte leurs opinions sur lui- même .L'auteur prétendu nous sommes ce que les autres pensent de notre apparence, de notre caractère, de nos faits et gestes l'individu finit par intégrer et s'approprier ces jugements (Jean-Pierre, 2002, p.18).

- George Herbert Mead:

Mead met l'accent avec plus d'insistances sur 'interaction sociale et se focalise tout particulièrement sur l'utilisation de l'langage . tandis qu'une expression facile peut être observer seulement par l'auteur (à l'exception de miroir),le comportement vocal peut être entendu à la fois par ce lui qui parle et l'auditeur .par conséquent c'est à travers l'utilisation de l'langage que l'individu développe l'habilité à prendre le rôle de l'autre non seulement d'une personne spécifique mais des groupes auquel appartient « nous apparaissons comme nous-mêmes dans notre conduite de la mesure où nous adoptons l'attitude que les autres ont envers nous .Nous prônons le rôle de l'autre généralisé ».(Ibid., p.19).

- Carl Rogers :

Il donne une grande importance à la notion de soi, celui-ci détermine comment l'expérienceestvécue et comment le monde est appréhendé. Ceci conduit à nos propres conception de monde, ce concept est mouvant dans la

mesure ou Ilya un soi actuel et un soi idéal auquel le sujet aspire .Si la différence entre les deux n'est pas trop grande c'est que la personne est parvenue à un bon ajustement et qu'elles s'acceptent relativement bien .Nos conceptions personnelles du monde peuvent être congruentes ou non aux expériences vécues. (Jean- pierre, p.356).

Partants de cet ensemble de définitions on peut résumés les principales théories qui abordent l'estime de soi cités avant comme suites : James (1890), Cooley (1902) et Mead (1934) a été parmi les premiers à évoquer cette notion. Pour James : l'estime de soi est le résultat d'un rapport entre nos succès et nos prétentions dans les domaines important de notre vie.

En d'autres termes, le postulat de James est que l'estime de soi est le rapport entre ce que nous sommes (notre soi réel) et ce que nous voudrions être (notre idéal de soi) certains recherches empiriques montrent que plus l'écart entre le soi réel et l'idéal de soi n'est important, plus l'estime de soi n'est faible.

-Cooley postule qu'autrui serait un miroir dans lequel nous nous percevons et que les jugements d'autrui sur nous seraient intériorisés créeraient les perceptions que nous avons de nous.

-Mead postule que ce serait la moyenne de ces jugements qui serait intériorisé

-Un exemple des travaux empiriques sur le jugement d'autrui et d'estime de soi peut être trouvé dans les travaux de Cole.

-Le locus de contrôle (locus of control) de **Rotter(1966)** définit l'estime de soi comme la croyance de l'individu qu'il est acteur des événements de sa vie (lieu de control interne) ou victime (lieu de contrôle externe).

-Dans la hiérarchie des besoins de **Mallow (1970)**, l'estime de soi correspond à une à une double nécessité pour l'individu : se sentir compétent et être reconnu par autrui.

-Le sentiment d'auto-efficacité de **Bandura (2002)** : selon cet auteur le sentiment d'auto-efficacité (qui correspond à la perception selon laquelle nous pouvons mettre en œuvre une suite d'action pour arriver à un but donné) et

l'estime de soi représentent deux construits théoriques distincts. L'estime de soi peut provenir d'auto-évaluation basées sur la compétence personnelle ,mais aussi sur la possession de caractéristiques personnelles investies de valeurs positives ou négatives selon la culture (statut social ,) dans sa perspective, l'estime de soi est multidimensionnelle(travail, vie social,....) .

Il précise qu'il n'y a pas de lien systématique entre le sentiment d'auto-efficacité et l'estime de soi.

En résumé l'estime de soi est une des composantes majeurs dans la construction de tous être humain pur lui permettre de se relier au monde et de pouvoir vivre sa vie à peine vie.

II.7. La différence entre l'estime de soi et le soi :

Pour Cooper Smith la différence qui existe entre l'estime de soi et le concept de soi est que : Le concept de soi est globale, la personne et son avis sur son psychisme. Alor que l'estime de soi contient de l'évolution qui la construisent et s'attache à ses habitudes avec des croyances sur soi (L. Abdelhamid, 1985, P.9).

Le concept de soi a trait à une évaluation globale que chacun fait de sa valeur personnelle (dimension évolutif).

II.8.les troubles associés à une baisse estimation de soi :

Personne n'est à l'abri d'une faible estime de soi .Cependant il faut différencier les sentiments dus à la faiblesse d'estime de soi de ceux de la tristesse, ou des effets cumulés de plusieurs mauvaises journées.il existe certains symptômes de la faible estime de soi qu'on peut reconnaître.les psychologues associent souvent l'estime de soi à une conception de soi même qui persiste dans le temps dans le temps .Cette image va influencer sur la vie d'une personne. (Http. Technique pour l'estime de soi.) .

Beaucoup de difficultés psychologiques sont liés à des problèmes d'estime de soi .Celles-ci peuvent être impliqué dans l'origine des troubles comme les complexes, la dépression...

- la dépression :

Le manque d'estime de soi peut entraîner une dépression due à une construction du soi défaillante, les rapports entre l'estime de soi et la dépression sont souvent complexes car il dépendant aussi des éléments déclencheurs du manque d'estime de soi et donc de la dépression ,le sentiment d'impuissance, de dévalorisation et de rejet entraine une mauvaise estime de soi qui peut être l'un des facteurs déclencheurs de la dépression.

- Les complexes :

Un complexe n'est pas d'un manque d'estime de soi et généralement est lié à un détail de l'apparence physique, la personne complexée a tendance à se voir déformer, plaines de défauts.

Pour C .André le complexe c'est la focalisation sur une imperfection réelle ou supposée, physique ou psychologiqueLe sujet pense que ce défaut est très visible, qu'il cache l'ensemble de sa personnalité, alors que les autres le voient globalement. Lorsque les patients parlent de leurs complexes d'infériorité, ils sont convaincus d'être porteurs d'un défaut physique (volume ou forme, taille trop grande ou trop petite. Etc.).(C.André, F.Lelord, 1999, P.148-198).

Les personnes ayant une maladie chronique tel que l'insuffisance rénale chronique ayant du complexe vis avis de leurs maladie, présentent une faible estime de soi très altéré, des complexes au niveau physique due aux complications de cette maladie.ils éprouvent une insuffisance physique et un sentiment d'infériorité globale par rapport aux autres. ([http.relation-aide.com](http://relation-aide.com)).

Conclusion :

Il reste facile de confondre le manque d'estime de soi et la dépression, au premier regard. Mais l'un diffère grandement de l'autre .mais peut toutefois y conduire. Généralement le tempérament joue un rôle primordial dans sa capacité d'être optimiste ou pessimiste, d'avoir des attentes magiques ou réalistes qui profile, sans faux espoir, de ses talents et environnement, mais se prémunit par son expérience du passé, contre les malheurs à venir. Cela suppose la maturité de plusieurs fonctions cognitives, dont des attentes et de l'organisation de ses affaires.

PARTIE
PRATIQUE

III. La méthodologie de recherche

Préambule

I- La pré-enquête

II-La méthode de recherche utilisée

III-Le lieu de la recherche

IV-La population d'étude et les caractéristiques de choix

V-Les techniques de recherche

Conclusion

Préambule

La méthodologie de recherche est une étape très importante pour chaque travail de recherche; c'est le fil conducteur qui guide le chercheur tout au long de son travail de recherche. Pour réaliser une recherche, il faut se basé sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation.

Dans ce chapitre on va présenter les différentes procédures adoptées dans l'élaboration de notre travail.

I.la pré-enquête

La pré-enquête constitue une procédure assez pertinente dans la recherche scientifique car elle permet la réalisation d'un travail scientifique fiable. Puisque elle nous permet d'explorer notre terrain qui veut dire la population d'étude sur la quelle va porter notre étude et la documentation sur laquelle va se basé.

L'importance de la pré-enquête apparait dans la définition suivante « la pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toute les recherches scientifique, elle appelle phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposant un déplacement sur le terrain .elle doit conduire à construire la problématique au cour de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente. (Cario.R, 2000, p.11).

Autrement dit, elle nous permet la découverte de notre terrain d'étude et d'enrichir les références bibliographique et de pouvoir limiter et cerner notre thème de recherche, on améliorant nos connaissances sur le sujet d'étude et aboutir à un maximum d'information .Comme elle nous permet également de vérifier la disponibilité des cas et la fiabilité et la validité de notre guide d'entretien et de notre échelle.

Nous avons effectué notre pré-enquête au niveau de service d'hémodialyse qui situé à l'EPH de kherrata » à Bejaia.

En effet nous avons débuté notre travail de recherche par une pré-enquête qui nous permet de recueillir des informations sur notre thème de recherche, et aussi d'effectuer un certain nombre d'observation de la situation clinique.

Durant cette enquête on a constaté chez la plupart des personnes ayant une insuffisance rénale chronique au niveau du centre d'hémodialyse des signes comme la tristesse ,le désespoir et le manque de confiance en soi ,ce qui a évoqué en nous une curiosité de bien comprendre l'impact de l'insuffisance rénale chronique sur leur estime de soi .

Le contact qu'on a eu avec les personnes hémodialysés, nous a permis de découvrir une certaine perturbation de leur estime de soi au niveau somatique et psychologique.

Durant notre pré-enquête, nous avons constaté un nombre considérable des personnes hémodialysés, nous nous sommes rapproché d'eux pour avoir plus de renseignement et d'informations sur leurs vécus psychologique par rapport à la maladie et aux perturbations de leur estime de soi.

II. la méthode de la recherche :

La nécessité de choisir une méthode de recherche pour réaliser un travail scientifique, elle nous permet d'organiser la recherche ,et bien entendu, c'est la nature du thème et les objectifs de la recherche qui vont déterminer la méthode qu'on doit utiliser.

La méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste en l'étude plus en plus ou moins prolongée de cas individuels, l'individu est considéré comme le cadre de référence .elle répond à l'objectif principal de la psychologie clinique ,à savoir comprendre l'homme dans sa totalité ,dans sa singularité, en situation et en évolution .Le sujet étant considéré ici comme un être unique,singulier,n'étant semblable aucun d'autre.(Chahraoui .K,1999,P.12-13).

Dans notre travail de recherche on s'est basé sur l'étude de cas qui permet d'étudier et d'analyser et surtout d'observer notre population de recherche

L'étude de cas :

L'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques, la première étape est celles de travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet et la 2^{ème} étape est l'élaboration de ces informations se forme d'une construction répondant à ces principes fondamentaux. (pédinielli, 2005, P.67).

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychologues, elle est également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leur évolution » (Chahrahoui,K 2003, P.125).

Les méthodes utilisant l'étude de cas sont limitées par la petite taille de l'échantillon. Par ce que l'intérêt des études de cas est l'observation d'un petit nombre de sujet, la généralisation a une population plus large est toujours incertaine il est possible d'utiliser méthode d'étude de cas multiples qui consiste à examiner un petit échantillon d'individus de façon approfondie et à tirer des généralisations à partir de ses sujets. (Rosenwald, 1988, P.64).

On a utilisé la méthode : étude de cas dans notre recherche avec un entretien semi-directif avec chaque cas en posant un ensemble de questions pour faciliter la parole aux sujets afin de recueillir un maximum d'information sur notre sujet.

III. Le lieu de la recherche :

Nous avons effectué un stage pratique qui est déroulée au niveau du service d'hémodialyse d'EPH de l'hôpital de KHERRATA à la wilaya de Bejaia, après l'accord et la décision du directeur de cet établissement.

1. Situation géographique et démographique :

L'EPH de KHERRATA est situé au Sud-est de la Wilaya s'étend sur trois daïras :(kherrata,Darguina et Souk El Tenine) couvre une population d'enverrons 136000 Habitants, occupe une Superficie d'enverrons 485 km² pour une capacité d'accueil de 102 lits

2 .les structures sanitaire Hospitalière :

- Médecine générale 52 lits
- chirurgie générale 24lits
- Maternité 16lits
- pédiatrie 10lits
- hémodialyse 12 lits

3-présentation de service d'hémodialyse :

Le service d'hémodialyse est un service qui accueille des malades qui souffrent de l'insuffisance rénale chronique et que nécessitant une ou des séances de dialyse

4- plan général du service d'hémodialyse :

- Bureau de consultation
- Salle d'attente
- Bureau de médecin chef de service
- Bureau de chef de service
- Salle de lits qui comporte 12 lits et un lit d'isolement
- Bureau de maintenance
- Cuisine
- Chambre de garde

5-présentation de service :

Médecin chef

Chef de service

Secrétaire

Technicien de machine

Médecin de garde

Les infirmiers et le psychologue

IV. la population d'étude et leurs caractéristiques :

Notre population d'étude qui est constituée des personnes hémodialysés, se trouvant au sein du service d'hémodialyse de kherrata, a été choisi selon quelques critères que nous allons citer ci-dessous. Après avoir obtenu leur consentement en leurs expliquant la nature et l'objectif de notre recherche ainsi que son déroulement qui inclura la réalisation des entretiens et la passation d'une échelle de l'estime de soi ; nous avons constitué une population de 08cas, avec lesquels nous avons travaillé dans l'anonymat en tenant compte des critères suivants :

IV.1. les critères d'homogénéité retenus :

- Consentement du patient
- Des personnes ayant une insuffisance rénale chronique (des personnes hémodialysés)
- Patients inscrits au centre d'hémodialyse de kherrata
- Les personnes adultes

IV.2. les critères non pertinents pour la sélection :

- la variable « sexe » n'est pas pris en considération car l'insuffisance rénale chronique ne touche pas seulement les hommes ou les femmes, mais les deux.
- Leur niveau socioculturel est dissemblable entre tout les cas, car cette maladie peut toucher toutes les classes sociales.
- L'âge d'atteinte par cette maladie n'est pas été pris en considération lors du choix de notre population.

Les caractéristiques de choix :(voir tableau ci-dessous)

Tableau n° 1 : récapitulatif des caractéristiques de choix de la population d'étude

Cas	âge	Sexe	Situation matrimoniale	L'âge de début de maladie
CAS A	50 ans	masculin	marié	5 ans
CAS B	29 ans	Féminin	mariée	6 mois
CAS C	34 ans	Féminin	célibataire	3ans
CAS D	28ans	masculin	marié	4ans
CAS E	39 ans	masculin	marié	4ans
CAS F	27 ans	masculin	célibataire	3 ans
CAS G	55 ans	masculin	Marié	5ans
CAS H	38ans	masculin	célibataire	13 ans

V.les techniques de la recherche :on note que pour réaliser d'un travail scientifique, il est nécessaire de choisir des outils d'investigation pour avoir des résultats fiables.

Dans notre recherche nous avons utilisé en premier lieu l'entretien clinique semi- directif, ensuite nous avons opté pour la passation du l'échelle de l'estime de soi forme adulte, pour mesurer le niveau de l'estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique.

1-L'entretien clinique :

L'entretien clinique, se définit comme suite : « Il représente un outil indispensable pour accéder aux informations subjective des patients (biographie, émotions, croyances, souvenirs) » (Chhraoui.K, Benony. H, 2003, P.141).

Pour le choix de l'entretien clinique, on a choisis le type « semi-directif », ce type d'entretien nous permet de recueillir des informations sur nos sujets, ce dernier se pratique avec un guide d'entretien qui comporte plusieurs questions, préparées à l'avance par le chercheur.

-Entretien semi-directif :

Il se définit entant que guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais nom formulées d'avance .Bien entendu, le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement .Mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompe .Car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet de au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui.K,Benony.H 2003, p.143).

L'entretien semi-directif est une technique qualitative de recueil d'information, permettant de cerner le discours des personnes interrogées autour du thème défini initialement et consigné dans un guide de l'entretien. Il porte sur un certain nombre de thèmes qui sont identifiés dans une grille d'entretien préparé par l'enquêteur. L'interviewer, s'il pose des questions selon un protocole prévu à l'avance parce qu'il cherche des informations précises, s'efforce de faciliter l'expression propre de l'individu, et cherche à éviter que l'interviewé ne se sente bloqué dans les questions auxquelles il est soumis, il « se laisse diriger tout en dirigeant » (Pédinielli, 2005, P.63).

Dans notre recherche nous avons choisi l'entretien semi-directif car nous ne pouvons pas analyser nos hypothèses sans passer par ce type d'entretien et pour comprendre le fonctionnement psychique des personnes hémodialysés.

L'entretien semi-directif permet aux sujets de s'exprimer librement après avoir posé les questions, ceci nous permet de comprendre l'état actuelle de ces malades et de connaitre comment les malades ont vécu leur maladie au sein de leurs entourage, et aussi de déterminer leurs réactions face à leur maladie et son traitement lourd.

Dans notre étude on a utilisé l'entretien semi- directif, celui-ci correspond mieux à notre plan du travail du recherche dans le but de répondre aux hypothèses qu'on a élaboré au départ.et pour cela nous avons utilisé un guide d'entretien qui va nous aider à organiser notre recherche. (Voir annexe N° 1).

Avant de commencer l'entretien, on s'est présenté aux sujets, on a expliqué les objectifs et les outils de notre recherche, et on leur a fourni toutes les informations qu'ils aiment connaître avant de s'engager dans la recherche, ensuite on a demandé le consentement de chacun.

L'entretien semi-directif a été réalisé au moment des séances de l'hémodialyse, d'une durée de 40 minutes de chaque cas, dans la salle d'hémodialyse de kherrata. On a posé des questions ouvertes et précises, suivant un ordre prévu, le sujet est libre de répondre comme il désire, mais dans le cadre de la question posée, à chaque fois qu'il dérive on l'oriente à rester dans les limites.

Après avoir obtenu l'accord des sujets, et après les avoir pleinement rassurés sur l'anonymat, et que leur prise de parole sera parfaitement et intégralement respectée et ainsi on leur montrant que la prise de notes étaient toujours subjective, partielle.

- **le guide d'entretien :**

Notre guide d'entretien est divisé en 4 axes, chaque axe contient des questions soit principales ou secondaires, elles sont directives ou semi directives et seront posées dans la langue maîtrisée par le sujet. Ce guide nous permet d'obtenir le maximum d'informations sur le sujet et de compléter l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte.

Axe 1 information personnelle.

Axe 2 informations sur la maladie de la l'insuffisance rénale chronique et son traitement

Axe 3 informations sur l'estime de soi.

Axe 4 informations familiales et sociales.

2- L'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte:

- **Définitions de l'inventaire de l'estime de soi :**

Selon « Cooper Smith » le terme de « estime de soi » renvoie au jugement que les individus portent sur eux même, quelle que soit les circonstances, c'est en ce sens, une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et professionnelle, qui se traduit par les

attitudes adoptées face à des situations de la vie courante(vie sociale, familiale et professionnelle).

L'inventaire a donc été élaboré pour fournir une mesure fidèle et valide de l'estime de soi. (Cooper. S, 1984, P.10).

L'échelle d'estime de soi de Cooper Smith (SEI) : Pour mesurer le niveau d'estime de soi de notre population d'étude, on a privilégié un instrument anglo-saxon traduit, adapté puis validé par le centre de psychologie appliquée (CPA).Il s'agit de l'inventaire de l'estime de soi de **Cooper Smith**(SEI).

L'inventaire d'estime de soi a été élaboré pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi mêmes dans le domaine social, familial, personnel et professionnel. Une échelle de mensonges a été ajoutée. Le SEI (Self Esteem Identity) comporte 58 Items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant une case <<Me ressemble>> ou <<Ne me ressemble pas>>. Le test se présente sous deux formes (scolaire et adulte). La composition de l'inventaire est indiquée dans les deux formes : échelle générale, sociale, familiale, professionnel ou scolaire.

- **La correction :**

La correction de l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi se fait selon une grille de correction présentée dans l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith. La grille est la suivante :

Tableau^o 2 : présente la cotation de l'échelle de l'estime de soi de Copper Smith forme adulte:

Composantes	Items	Numéros des items	Réponses	Notes
Estime de soi générale	Positif	1-4-19-27-38-39-43-47	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	3-7-10-12-13-15-18-24-25-30-31-34-35-48-51-55-56-57	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi sociale	Positif	5-8-14-28	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	21-40-49-52	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi familiale	Positif	9-20-29	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	6-11-16-22-44	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi professionnelle	Positif	33-37-42	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	2-17-23-46-54	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Echelle de mensonges	Positif	26-32-41-50-53-58	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	36-45	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1

Source : inventaire d'estime de soi S. Cooper Smith

Tableau n° 3 : présente les items positifs et les items négatifs de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte

Items Positifs	1-4-5-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58
Items Négatifs	2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25-30-31-34-35-36-40-44-45-46-48-49-51-52-54-55-56-57

Source : inventaire d'estime de soi de Cooper Smith forme.

Les items sont aussi repartis selon les composantes théoriques de l'estime de soi et en plus une échelle de mensonge.

Tableau n° 4 : présente les sous échelles de l'échelle de l'estime de soi :

Echelle générale	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31-34-35-38-39-43-47-48-51-55-56-57 .
Echelle sociale	5-8-14-21-28-40-49-52.
Echelle familiale	6-9-11-16 -20-22-29-44.
Echelle professionnelle	2-17-23-33-37-42-46-54.
Echelle de mensonges	26-32-36-41-45-50-53-58.

Source : (Cooper, S, 1984, p.10)

-le mode d'administration :

L'administration du S.E.L peut être individuelle ou collective, la forme scolaire s'applique aux enfants et aux adolescents scolarisés, et la forme adulte aux personnes ayant terminé leur scolarité.

Au cours de l'administration, il est préférable que l'examineur s'abstienne de tout commentaire ou explications.

L'emploi du terme « estime de soi » doit être évité (on notera que sur la feuille de répons, ce terme n'apparait pas dans le titre (Cooper, S, 1984, p10-11).

- Laconsigne d'administrations :

Dans les pages qui suivent, vous trouvez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions .vouez lisez attentivement chacune de ces phrases.

Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la caisse de colonne intitulée « me ressemble ».

Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de colonne intitulée « ne me ressemble pas ».

- le temps de passation :

Le temps de passation dure environ dix(10) minutes. (Cooper, S, p.11).

- Analyse et cotation de l'échelle d'estime de soi :

Le S.E.I se corrige rapidement à l'aide d'une grille de correction en compte un (1) par croix apparaisse à travers les réponses.

Les quatre notes ainsi obtenu : général, familiale, social, professionnel seront inscrites sur la feuille de réponses.

La note totale de l'estime de soi s'obtient en sommant les notes aux quatre échelles (générale, familial, social et professionnel)

La note maximum est de 26 pour l'échelle générale, de 8pour les autres échelles, elle est de 50pour la note totale d'estime de soi (Cooper, S, 1984, p.11).

La note de l'échelle de mensonge sera notée à part, elle peut d'indiqué une attitude défensive vis-à-vis du test ou un désir manifeste de donner une bonne estime de soi

L'interprétation de la note totale de l'estime de soi devra donc être modulée selon les résultats obtenus à l'échelle de mensonge. (Ibid. p.19)

- Classement et interprétation :

Après la cotation des réponses obtenues on aura la note totale de l'estime de soi ainsi que les notes de ses différentes composantes théorique et aussi la note de l'échelle de mensonges.

Nos données se présentent sous forme de fréquences et constituant donc des données quantitatives. Pour l'interprétation de ces données, on s'est basé sur deux tableaux, le premier tableau retrace le niveau total d'estime de soi en cinq classes, le deuxième pour les valeurs caractéristiques des échelles (générale, sociale, familiale, professionnelle et mensonges).

Tableau n° 5 : présente : les niveaux d'estime de soi :

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	< 33	Très bas
2	34 à 40	Bas
3	41 à 45	Moyen
4	46 à 49	Elevé
5	50	Très élevé

Source : inventaire d'estime de soi de Cooper Smith

A partir de ce tableau, on aura la possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon cinq classes. La première (< 33) qui est la note minimale indiquant un niveau d'estime de soi très bas, la seconde (34 à 40) indique un niveau d'estime de soi bas. Ces deux classes englobent les sujets caractérisés par une évaluation négative d'eux même. Ensuite la troisième classe (41 à 45) considérée comme le niveau moyen d'estime de soi, indicateur d'une évaluation positive du soi. La quatrième indique un niveau d'estime de soi élevé (46 à 49) considérée comme une bonne estime de soi.

Enfin, la cinquième et la dernière classe (50) englobant les sujets ayant un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une note maximale.

Tableau n° 6: Valeurs caractéristiques des échelles :

	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Totale	Mensonge
Moyenne	22.16	6.70	6.88	6.72	42.46	3.22

Source : inventaire d'estime de soi de Cooper Smith

Ce tableau nous aide à repérer par une comparaison intra-individuelle, le domaine où l'estime de soi est la basse ou la plus élevée. Il est utilisé aussi dans l'interprétation de la note d'échelle de mensonge. Une note élevée à cette échelle peut simplement indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test, ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi. L'interprétation de la note totale d'estime de soi devra donc être modulée selon le résultat obtenu à cette échelle, Notons que la note maximum est de 26 pour l'échelle Générale, de 8 pour les autres échelles. Elle est de 50 pour la note totale d'estime de soi.

Conclusion

On peut conclure que la méthodologie est une étape très importante dans la réalisation d'un travail scientifique, elle nous a guidé tout au long de notre recherche ce qui nous a permis de réaliser un travail répondant aux normes scientifique, de connaître les étapes de la recherche en science humaines généralement et en psychologie clinique particulièrement, en plus de comprendre l'importance de la méthode descriptive et l'étude de cas.

Présentation et analyse des résultats de et discussions des hypothèses

I .Présentation et analyse des résultats de l'entretien et de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith

II. Discussions des hypothèses

III. Les difficultés rencontrées pendant la recherche

Préambule

Dans cette partie de notre travail, nous allons faire la présentation, l'analyse de l'entretien et de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith dans le but de confirmer des hypothèses émises au début de notre travail.

I. Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique et de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith:

Le cas n° 01 : M^r (A)

A) Présentation générale du cas :

M^r (A), âgé de 50ans, marié et père de 03enfants, il vit avec sa famille, était cadre dans une daïra au service de logement et de la sélection avant sa maladie, atteint de l'insuffisance rénale chronique depuis (2008).

B) Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien notre sujet a bien participé à l'entretien, on a remarqué chez lui la volonté et l'envie de parler à un psychologue « je veux t'aider pour faire un bon travail de recherche » affirme ce malade.

La maladie de notre sujet a débutée en 2008, après avoir des manifestations graves, desdouleurs, asthénie, perte d'appétit et mauvaise gout, fatigue pendant longtemps, enflure des pieds douleur dans le milieu ...

Suite aux analyses sanguines et urinaires qu'il a faites, le néphrologue ont révélé son atteinte de l'insuffisance rénale chronique, il ne croyait pas et n'arrive pas à accepter sa maladie, «j'ai été choqué, et « J'ai eu peur », il ajoute « je refuse de croire que je suis malade ».

Au début il avait des difficultés d'adaptation à sa maladie surtout au traitement par dialyse qui présente pour lui une vraie dépendance, il déclare qu'il fait 3fois des séances de dialyse pour 4 heures. Petit à petit, il a réussi à accepter sa maladie et de s'avoir comment l'équilibrer.

Il a de bonnes relations avec sa famille surtout sa femme qui la bien aidé à surmonter et d'accepter sa maladie. On a remarqué aussi que, ce sujet a été très soutenu par sa famille et ses amis, il développe de bonnes

relations sociales, notre sujet nous informe de sa reconnaissance pour son ami qui est un néphrologue qu'il a aidé à accepter sa maladie comme il dit en disant en Arabe: « hamdoulah », « dieu merci », il ajoute il ya des malades qui souffrent plus que moi ».

Concernant l'avenir il souhaite la réussite pour ses enfants et d'être en bonne santé.

B) Présentation et analyse de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith du Cas n°1:

Tableau n°7 : présente les résultats obtenus des sous échelle de « l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith » du cas (A) :

	General	Social	familial	professionnel	total	Mensonge
Cas(A)	23	8	5	5	41	2

Les résultats de l'échelle de Cooper Smith qui sont présentés dans le tableau ci-dessus indiquent que M^R : a manifesté une estime de soi moyenne de 41 points, ce qui explique que ce sujet présente une certaine confiance en lui et estime bien son soi.

Le sujet a obtenu une note de 23 sur 26 point de la note maximale de cette échelle ,ce qui reflète sa satisfaction dans sa vie en général ,en cochant sur la case « ne me ressemble pas » tout est confus et embrouillé dans ma vie », il présente aussi une certaine confiance en lui, cochant sur la case « me ressemble », « je suis assez sûr de moi ».

Il a obtenu dans l'échelle sociale une note de 8 points sur 8 points .ce qui explique que le sujet noue de bonnes relations, avec son entourage social.

Il déclare en cochant sur la case « me ressemble », « je suis très apprécié par les personnes de mon âge », il reçoit le bon soutien de l'aide qu'il faut pour se sentir mieux et égale aux autres personnes de son âge, en cochant sur la case « ne me ressemble pas » . « Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes ».

Il a obtenu une note de 5 points sur 8 points de la note maximale de l'échelle familiale. Cela est due à une bonne qualité des relations et la bonne entente familiale. Il vit dans un milieu encourageant et compréhensif par rapport à sa maladie. En couchant sur la case « me ressemble », ma famille prête généralement attention à ce que je ressens » ma famille me comprend bien ».

Concernant l'échelle professionnelle, le sujet a obtenu 5 sur 8 de l'échelle professionnelle, ce qui explique le arrive pas à gérer sa maladie chronique qui est manifesté par le l'acceptation d'être malade malgré cette maladie vat influencé sur sa vie professionnelle.

Synthèse sur le 1^{er} cas (M^r A) :

D'après l'entretien clinique et les résultats de l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi, on peut constater que l'acceptation de la maladie chronique contribué à avoir une bonne estime de soi chez notre cas M^R « A ».

Le Cas n° 2: M^{me}(B) :

A) Présentation générale du cas :

Il s'agit de M^{me}(B) âgée de 29 ans, mariée et mère d'une petite fille de 3 ans, son niveau d'instruction est de 2^{eme} AS, femme au foyer, atteinte de l'insuffisance rénale chronique depuis 6 mois. Elle se décrit comme une femme gentille, calme et participe très bien à notre entretien de recherche.

B) Analyse de l'entretien :

La maladie de l'insuffisance rénale chronique est liée à des manifestations de certaines symptômes (asthénie fatigue à long terme, hypertension artérielle,.... suite à leur accouchement elle a eu une anémie qu'elle a obligé de suivre un traitement pour l'anémie. après plusieurs consultations des médecins généralistes pour une hypertension artérielle, et avoir faire des bilans d'urine et sanguine les résultats affirmer que le problème est dans les reins.

Elle avait consulté plusieurs néphrologues dans le but d'avoir une guérison. elle a été hospitalisée en urgence pendant une semaine pour l'insuffisance rénale chronique.

Elle avait du mal à accepter sa maladie en exprimant ainsi : « possible que je ne suis pas malade, les médecins se trompent », elle ajoute « J'ai changé plusieurs spécialistes ».

Par la suite elle a développé un sentiment de la honte de sa maladie et le sentiment de l'incapacité et de manque de confiance en elle comme elle le dit « je ne suis pas comme les autres mères, je suis devenu incapable de m'occuper de ma fille, de mon mari et de ma maison ».des idées noires et de sentiment de l'acculpabilité, de dégoûtelle déclare « pourquoi moi, je suis encore jeune ». Tous ses sentiments sont installés en conséquence.

Concernant son traitement, notre sujet néglige souvent son régime alimentaire, elle oublie ses médicaments et elle ne prend pas soins de sa santé. Pour le traitement par machine (dialyse) qui constitue pour elle un vrai choc comme elle l'exilique « le premier jour je n'ai pas accepté d'être dialysé c'est douloureux surtout après avoir une intervention chirurgicale pour la fistule », des moments de silence ...des pleurs, elle dit c'est très difficile de vivre avec cette maladie et son traitement est lourd. Il consiste des séances de dialyse de trois fois par semaine pour 4 heures c'est vraiment très dure ».elle ajoute « J'ai pleuré en voyant la machine les tuyaux », elle s'arrête un moment puis reprend « surtout quand on a informé que je vais vivre toute ma vie comme ça ».

Ce traitement a influencé sur sa vie quotidienne, Elle dit « je ne peux pas faire mes activités comme les autres à cause de la programmation des séances de l'hémodialyse, je suis obligé de suivre ce traitement pour la survie je n'arrête pas de penser ma à maladie et son traitement, depuis ma maladie je m'isole et je ne parle pas aux gens ils me voyaient normale, « J'ai pas confiance aux autres, je m'énerve rapidement et je suis tout le temps fatiguée ».

Cette femme est soutenue par sa famille, surtout son mari, comme elle l'affirme : « seul mon mari qui m'aider ».Elle se sent mal entouré par l'entourage et par la société, et elle se sent rejeté et détesté.

Pour l'avenir elle souhaite d'avoir une greffe et d'être en bonne santé .et de satisfaire son mari et sa petite fille.

L'atteinte d'une insuffisance rénale chronique et la négligence de l'entourage sociale participent à un vécu, saturé de détresse et une basse estime de soi chez cette femme.

C) Présentation et analyse de l'échelle du Cooper Smith du Cas B :

Tableau n °8: présente des résultats de sous échelle de du Cooper Smith du cas (B) :

	générale	Sociale	familial	professionnelle	total	Mensonge
Cas (B)	7	5	4	3	19	2

D'après les résultats obtenus de l'échelle de l'estime de soi, cette femme a obtenu 19 points de la note totale de son estime de soi sur 50 points.

Cette femme présente une basse estime de soi exprimé par le sentiment de culpabilité et de la honte, sentiment de manque physique et même de dégoût de la vie qui la caractérise souvent, elle de mal à accepter sa maladie et des difficultés à l'adaptation. Elle présente une très basse estime de soi sur tous les plans, elle a obtenue :

A l'échelle générale : une note de 7 points sur 26 points de la note maximale de cette sous échelle.

On a constaté chez notre sujet, un manque de confiance en elle en cochant sur la case « ne me ressemble pas » : « je suis assez sûr de moi » et sur la case « me ressemble » c'est dur d'être moi ».

A l'échelle sociale elle a obtenu la note de 5 points sur 8 points de la note maximale de cette échelle.

A travers les résultats obtenue on constate que le sujet souffre d'un problème relationnel, en cochant sur la case « ne me ressemble pas » j'ai généralement de l'influence sur les autres », et « me ressemble » : « la plupart des gens sont mieux aimé que moi ».

A l'échelle familiale : cette femme a obtenu 7 sur 8 a obtenu une note moyenne de la note maximale de 8

Ici, elle a de bonne relation avec sa famille, en couchants sur la case « me ressemble » : « je passe souvent de bons moments en famille ».et « ne me ressemble pas » j'ai généralement 'l'impression d'être harcelé par ma famille ».

A l'échelle professionnelle : elle a obtenu une note de 3 points sur 8 points. Cette femme a développé une incapacité et une difficulté à entreprendre un travail convenablement comme elle le déclare en couchant sur la case « dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais ».

Synthèse sur le 2^{ime} cas :

Une très basse estime de soi est due au non acceptation de sa maladie et son traitement lourd et le sentiment de dépendance au traitement par l'hémodialyse qui engendre chez cette femme le stress et l'angoisse, et la négligence de l'entourage social source des idées négatives.

Le cas N : 3 : M^{elle} : (C)

A) Présentation générale du 3^{eme} Cas :

Il s'agit de M^{elle}(B) âgé de 34 ans, célibataire, son niveau d'instruction est de terminal, elle a déjà travaillé dans une bibliothèque. Elle vit avec sa mère, elle se décrit comme une fille gentille et très imitable, atteint de l'insuffisance rénale chronique depuis (4) ans.

B) Analyse de l'entretien

La découverte de sa maladie est lié à des manifestations de certains symptômes (fatigue, hypertension artérielle, faiblesse plus marqué, nausée et vomissement, perte d'appétit et mauvais goût en bouche, perte de poids inexplicée, trouble de sommeil et contractions involontaires des muscles) le médecin généraliste lui a demandé de faire des analyses sanguines et urinaires qui confirmé son atteinte d'une insuffisance rénale chronique,elle a été hospitalisé pour deux semaine en urgence,à l'annonce de son diagnostic ,elle n'arrive pas à croire qu'elle atteint de cette maladie grave elle dit « J'ai

accepté d'être diabétique, mais je peux imaginer que j'ai l'insuffisance rénale chronique » des moments de silence ... Des pleurs, elle ajoute : « J'ai ma tente atteint de cette maladie grave j'ai vu ça souffrir et je ne veux pas souffrir comme elle ».

Cette patiente néglige souvent son traitement, et elle n'arrive pas à gérer sa maladie comme elle le dit « je pense tout le temps à ma maladie, je passe presque toute la journée seule J'ai pas des amis, même mon copain m'a quitté, je me sens manquer physiquement je ne suis pas comme les autres filles ».

En ce qui concerne sa réaction en apparence à sa maladie, elle déclare « je n'oublierais jamais ce moment-là, j'étais complètement traumatisée ».

Elle a commencé à avoir des troubles de sommeil, elle nous a avoué d'une voix basse et des larmes aux yeux, « j'ai le sentiment que ma vie n'a pas de sens, je suis inutile, je pense toujours à l'idée d'abandonner l'hémodialyse », elle a perdu tout le goût de ce qu'elle faisait auparavant, elle dit « je n'ai pas d'énergie pour faire quoi que ce soit surtout avec mon caractère nerveux », elle n'a pas d'appétit et elle est tout le temps fatiguée.

Cette jeune fille atteinte de l'insuffisance rénale chronique est bien aidée par sa mère et soutenue par son frère. Vers la fin elle a commencé à parler sur sa maladie librement sans complexe.

En ce qui concerne son avenir elle souhaite d'être en bonne santé, sans aucun projet d'avenir comme elle dit « J'ai aucun projet d'avenir le fait que je suis atteinte de cette maladie grave ».

La non acceptation de l'insuffisance rénale chronique a engendré une répercussion négative sur l'image de soi et des idées négatives sur soi avec une tendance dépressive et anxieuse.

C) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith du cas n° :

Tableau n° 9 présente les résultats des sous échelles de « Cooper Smith » du cas (C):

	Grenèle	Sociale	Familiale	Professionnel	Total	Mensonge
Cas C	15	5	6	3	29	4

Ce cas présente une très basse estime de soi, elle a obtenu 29 points de la note totale.

Cette patiente est très angoissée et perturbée sur tous les niveaux en développant des attitudes et des idées négatives, formant un tableau dépressif avec des répercussions sur sa vie psychique et relationnelle.

Le déni de sa maladie et la négligence de son traitement lui causent le désespoir et le sentiment d'inutilité.

Une très basse estime de soi engendre un déséquilibre chez cette jeune fille qui affecte chaque partie de sa vie.

A l'échelle générale : elle a obtenu une note de 15 point sur 26 point de la note maximale de cette échelle.

Cette jeune fille éprouve un dégoût de la vie comme elle le signale en couchant sur la case « ne me ressemble pas » : « je suis assez contente de ma vie » et « me ressemble » : « il y a, en moins, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais ».

A l'échelle sociale : elle a obtenue 5 point sur 8 points de la note maximale.

Elle est encouragée par ses proches ce qui lui a redonné confiance en elle ; elle a coché la case « me ressemble » : je suis très apprécié par les personnes de mon âge » et sur la case « ne me ressemble pas » : « la plupart des gens sont mieux aimer que moi ».

A l'échelle familiale : elle à une note de 6 point sur 8 points d'une part, elle se sent soutenue par sa famille .en cochant sur « ma famille prend attention de ce que je fais »

A l'échelle professionnelle, elle a 3 points sur 8 points de la note maximale de cette sous échelle.

Cette jeune fille éprouve une incapacité et une impuissance de pouvoir géré un travail convenablement, comme elle le déclarait on cochant sur la case « me ressemble » : « je me décourage quand je suis en train de faire quelque chose » et sur la case « ne me ressemble pas » « je suis fière de mon activité professionnelle ».

Synthèse sur le 3^{ème} cas:

Le dénie de la maladie et les difficultés de l'adaptation engendre une dépression et la perturbation de l'estime de soi, et c'est ce qui a fait qu'elle présente une très basse estime de soi .résultat (29points, 1ère classe,< 33, très basse estime de soi).

Le cas n° 04 : M^r D :

A) Présentation général du 4^{ème} cas :

M^R (D) âgé de 27 ans, célibataire, sans emploi, son niveau d'instruction est de secondaire, il n'a pas d'antécédent médical, ni un traitement médical particulier, il a découvert sa maladie de l'insuffisance rénale chronique depuis(3) ans.

B) L'analyse de l'entretien :

Il suit actuellement un régime alimentaire et un traitement par hémodialyse (machine) qui consiste des séances de dialyse trois fois par semaine pour une durée de quatre heures.

Concernant sa réaction à la maladie constitué pour lui un choc comme il le souligne « je n'arrive pas à croire que je suis atteint de cette maladie silencieuse et douloureuse ».Il ajoute à l'annonce de sa maladie: « J'ai resté 04 mois à la

maison sans aucun contact avec les jeunes de mon âge », on remarque chez ce jeune une honte et un handicap à cause de sa maladie il a peur d'être rejeté par son entourage, on a observé chez ce malade une tristesse dans sa vie de tous les jours d'un temps à l'autre, il dit : « je sens une tristesse de temps en temps quand je m'évoque que je suis atteint de l'insuffisance rénale chronique à mon âge ». On a constaté que ce sujet veut être en bonne santé comme les autres, il dit : « je veux être en bonne santé, et je m'amuse de ma jeunesse, et quand je me rappelle de ma maladie je me désespère » .

Ce malade n'a aucune activité à cause de sa maladie et son traitement lourd comme il le souligne : « je souffre d'une fatigue permanente et d'une faiblesse plus marquée » on constate chez ce malade un manque physique et une incapacité de faire ses activités quotidiennes.

M^R n'a pas soutenu vraiment par sa famille comme il le confirme : son père ne l'aide pas et refuse de lui procurer ses médicaments, sa mère est la seule qui l'aide.

Ces relations familiales sont perturbées à cause de la mal considération de la part de son père. Ce qui le pousse à avoir le sentiment d'infériorité et de tristesse.

En ce qui est de son avenir, il souhaite d'avoir un donneur de rein et de maintenir son état de santé.

La négligence de la famille et le manque de soutien demeurent des facteurs responsables d'une mauvaise estime de soi.

C) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith du Cas n°4:

Tableau n°10: présente les résultats des sous échelles de Cooper Smith du cas (D) :

	Générale	sociale	Familiale	professionnelle	total	Mensonge
Cas	13	4	4	5	26	1

A partir des résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith qu'on a appliqué à ce sujet, on a identifié une très basse estime de soi, il a obtenu 26 points de la note totale.

Ce patient est très angoissé et perturbée sur tous les niveaux, en développant des attitudes et des idées négatives, formant un tableau dépressif avec des répercussions sur la vie psychique et relationnelle.

Le déni de la maladie et la négligence de son traitement lui causent beaucoup de détresse et une grande fatigue qui l'empêche de faire beaucoup de chose

Une très base estime de soi engendre un déséquilibre chez ce malade qui affecte chaque partie de sa vie.

A l'échelle générale : il a obtenu une note de 13 sur 26 points de la note maximale de cette échelle.

Ce sujet présente un dégoût de la vie et une tristesse, comme il signale en cochant sur la case « ne me ressemble pas », « je suis assez content de ma vie ».

A l'échelle sociale : il a obtenu 4 points sur 8 points de la note maximale, il n'est pas encouragé par ces proches ce qui lui engendre le sentiment d'être rejeté dans la société

A l'échelle sociale : il a obtenu 4 points sur 8 points : il se sent soutenue par sa famille en cochant sur la case « ne me ressemble pas » mais d'une autre part, elle se sent moins aimable que les autres, en cochant sur la case « me ressemble », « personne ne s'intéresse beaucoup à moi ».

A l'échelle professionnelle: il a obtenu 5 points sur 8 points de la note maximale de cette dernière.

Synthèse sur le 4^{ème} cas:

Le dénie de la maladie et la négligence de la famille provoquent une tristesse et ce qui a fait qu'il présente une très basse estime de soi.

Le cas n° 05: M^r E

A) Présentation général du 5^{ème} cas:

Il s'agit de M^R (E), âgé de 28 ans, marié et père de deux enfants, sa profession ,était agent au niveau de service d'hémodialyse ou se trouve maintenant dialysé, après avoir l'atteinte de cette maladie il occupe un poste au service de standard pour la nuit, son niveau d'instruction est de secondaire.

B) L'analyse de l'entretien :

Atteint de l'insuffisance rénale chronique depuis(4) ans, il n'a pas d'antécédent médical ni un traitement médicamenteux particulié. il a découvert sa maladie à travers les symptômes qui fessait tel que la fatigue, vertiges et des douleurs au niveau de la tête qui fessait appel à consulter un généraliste qui lui demandé de faire un bilan général ou il confirme l'atteinte d'une hypertension artérielle . Il a suivi un traitement pour 8 mois.il a consulter un néphrologue qui lui demandé de faire une analyse sanguine et urinaire qui a détecté d'une insuffisance rénale chronique.

L'annonce de cette maladie constituée pour lui un vrai choc comme il le souligne : « cette maladie pour moi c'est une menace pour ma santé » .il suit un régime alimentaire et le traitement par hémodialyse, cette dernière constitue pour lui une vraie dépendance corporelle comme il dit : « J'ai travaillé dans ce service et J'ai vu la souffrance des malades ».

On a constaté chez ce sujet une tristesse et une détresse psychologique et un dégoût de la vie. Il déclare : « j'ai perdu tout gout à la vie ».

En ce qui concerne son traitement par dialyse il fait 3 séances par semaine pour une durée de 4 heures pour chaque séance, ce sujet trouve beaucoup de difficultés par rapport à son traitement qui l'empêche de voyager et de déplacer à cause de la programmation des séances de l'hémodialyse.

On a remarqué que M^R est devenu nerveux, triste, (il ne parle pas et il prend son micro portable(PC) du début de la séance jusque à la fin. Comme il affirme aussi : « je ne veux pas parler aux gens, même les malades ».

Il pense à tout moment que l'insuffisance rénale chronique peut être un obstacle qui va l'empêcher à réaliser ses projets. Il développe des idées négatives, il dit : « J'ai peur d'être rejeté à cause de cette maladie chronique, je ne pouvais pas travailler..... »

Heureusement que sa femme a été toujours à ses côtés. Elle essaye de l'aider à accepter et à s'adapter petit à petit. Elle est toujours derrière lui elle l'oblige à prendre ses médicaments et à faire la dialyse.

Il a de bonnes relations familiales, il reçoit le soutien qu'il faut pour s'adapter de la part de sa femme et sa mère dans les moments difficiles.

En ce qui est de son avenir il souhaite de faire une transplantation rénale et être en bonne santé.

L'atteinte de l'insuffisance rénale chronique a influencé négativement sur son estime de soi.

C) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith du Cas n °5:

Tableau n:°11 présente les résultats des sous-échelles de « Cooper Smith » du cas (E) :

	Générale	Sociale	Familiale	professionnel	Total	Mensonge
Cas(E)	17	5	6	3	31	2

A partir des résultats obtenus et classés dans le tableau ci-dessus sur. On a identifié qu'il présente une très basse estime de soi de 31 points de la note totale, ce qui reflète sa sous-estimation et son manque de confiance en soi.

Concernant l'échelle générale, le malade a obtenu 17 points sur 26 points. Ce qui confirme que le sujet se situe dans une méfiance, souffrance et manque de confiance en soi, car il déclare en cochant sur la case « ne me ressemble pas », « quand j'ai quelque chose à dire en général je le dis » et ce qui explique le doute et la non compréhension de soi-même, en cochant sur la case « ne me ressemble pas » et « je ne comprend pas moi-même ». Le sujet aussi souffre de

manque physique et de l'incapacité physique car il déclare en cochant sur la case « me ressemble » , « je trouve que J'ai un physique moins agréable que la plupart des gens ».

Concernant l'échelle sociale, il a obtenu 5 points sur 8 points le sujet a noué de bonnes relations sociales, en cochant sur la case « me ressemble », « je suis très apprécié par les gens de mon âge ».

Quant à l'échelle familiale le sujet a obtenue 6 points sur 8 points, ce qui explique l'investigation du sujet des bonnes relations familiale .Il déclare en cochant sur la case « me ressemble », « ma famille me comprend bien »et « me ressemble », « ma famille prête généralement attention à ce que je ressens ».

A l'échelle professionnelle, il a obtenue 3points sur 8 points, le sujet trouve du mal à s'intégrer dans les milieux professionnels, et à de mauvaises relations au travail .il déclare en cochant sur la case « me ressemble », « je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose », et sur « me ressemble » « je me sens mal alaise dans mon travail ».

Synthèse sur le 5^{ème} cas:

D'après les résultats obtenusde l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith on peut conclure que l'insuffisance rénale chronique à une influence négative sur l'estime de soi du sujet .cela a engendré chez lui le sentiment d'inutilité et d'incapacité d'agir et de s'adapter.

Résultat : 31 points ,1ere classe, (≤ 33), très basse estime de soi.

Le cas n° 06 : M^r(F)

A) Présentation général du 6^{ème} cas :

Il s'agit de M^R(F) âgé de 39 ans, marié et père de trois enfants, son niveau d'instruction est terminal et exerce le métier de commerce (il tient une cafétéria) depuis 11 ans. Atteint de l'insuffisance rénale chronique depuis (2010)

B) analyse de l'entretien :

Sa maladie a débuté. Suite à des manifestations de certains symptômes comme : perte de poids, fatigue et faiblesse plus marqués, trouble du sommeil, perte d'appétit et mauvais goût en bouche.

Avec les résultats de son diagnostic qu'il a faites, le spécialiste du rein lui a révélé son atteinte de l'insuffisance rénale chronique .il ne croyait pas et n'arriver pas à accepter sa maladie et surtout cette maladie chronique grave.il a été hospitalisé pendant 22 jour.

Au fur et à mesure du temps, notre sujet a pris conscience de sa maladie, et il suit son traitement par dialyse qui consiste de faire des séances de l'hémodialyse pour 3 fois par semaine, il n'éprouve aucune difficulté à gérer sa maladie et il suit parfaitement son régime alimentaire sans aucune complication.

Il dit qu'il est bien stable dans sa vie, il est responsable et que sa famille lui donne totalement confiance et attend trop de lui.

Il est bien entouré par sa famille et ses proches, et à de bonnes relations avec ses voisins et ses collègues comme il dit : « hamdoulah » .il est aimé et soutenu par toute sa famille.

A l'avenir il souhaite la réussite pour ses enfants, et il souhaite qu'un jour les néphrologues trouvent un traitement plus facile et adéquat.

Il nous semble, que les compétences personnelles et le soutien familial et social amènent à développer une bonne estime de soi chez ce sujet.

C) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith du 6^{ème} Cas:

Tableau n°12 :présente : résultat totale et des résultats des sous échelles de Cooper Smith » du Cas(F):

	Général	Sociale	Familiale	Professionnel	Total	Mensonge
Cas(G)	24	8	7	7	46	4

A partir des résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith qu'on a appliqué à ce sujet ont identifié que ce patient présente une haute estime de soi, évalué sur la note totale d'estime de soi de 46 points.

Comme on le voit dans ce tableau, le patient exprime une bonne et haute estime de soi.

Ce tableau indique les notes obtenues dans chaque sous échelle :

A l'échelle générale général : le sujet a obtenue 24points sur 26points de la note maximale de cette dernière.

Le sujet est confiant en lui-même et arrive à se débrouiller tout seul comme il la déclare en cochant sur la case « me ressemble » à l'item « j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés » et « me ressemble » à l'item « quand j'ai quelque chose à dire, en générale je le dis » et une autre « ne me ressemble pas », « je cède très facilement aux autres ».Il s'agit d'un sujet qui s'affirme bien.

A l'échelle sociale : le sujet a obtenue 8points, la note maximale de sous cette échelle.

Il a de bonnes relations avec son entourage, ses voisins et ses amis .il a coché sur la case « me ressemble », « on s'amuse bien en ma compagnie » et sur une autre case « ne me ressemble pas » : « la plus part des gens sont plus aimés que moi ».

A l'échelle familiale : le sujet à obtenu 7 points sur 8 points de la note maximale, ce qui prouve que ce sujet a de bonnes relations avec ses proches ,il est bien entouré et aimé par sa famille ,en cochant sur la case « me ressemble » : « ma famille prête généralement attention à ce que je ressens » et sur la case « ne me ressemble pas » : « je suis souvent contrarié par ma famille ».

A l'échelle professionnelle : le sujet a obtenu une note de 7 sur 8 points de la note maximale de cette dernière.

Ce patient ne présente aucune difficulté dans son travail .En cochant sur la case « me ressemble » : « je suis fier de mon travail », et « Ne me ressemble pas » : « je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail »

Synthèse sur le 6^{ème} cas:

À travers l'entretien que on a effectué avec ce sujet et les résultats obtenues des sous échelles de Cooper Smith on peut conclure que l'acceptation de la maladie chronique (l'insuffisance rénale chronique), ainsi que de bonnes relations familiales et sociales permettent à cet homme d'avoir une haute estime de soi .Résultat (46 points 4^{ème} classe, entre (46-49), « haute estime de soi ».

Le Cas n° 07 : M^r (G)

A) Présentation général du 7^{ème} cas :

M^r(G) âgé de 55 ans, père de 3 enfants, il était professeur de math, son niveau socio-économique est élevé, atteint de l'insuffisance rénale chronique depuis (1998).

B) L'analyse de l'entretien :

Le début de sa maladie remonte à une année suite à des douleurs à la miction et diminution du volume d'urine et infection urinaire répétées, fatigue, il était hospitalisé pendant un mois. Le médecin généraliste lui demande de faire des analyses qui ont permis de diagnostiquer sa maladie qui est l'insuffisance rénale chronique.

Une découverte vécue par une détresse psychologique, un choc et un deuil lié à la perte de la fonction du rein, la diminution de l'énergie physique. Depuis l'atteinte de cette maladie, le sujet devient triste désespéré ; il ne sourit que pour faire plaisir à ses enfants toujours nerveux, il sent une grande fatigue « je n'ai pas d'énergie même pour me déplacer d'une chambre à une autre.

Concernant sa réaction au traitement par l'hémodialyse, il dit : « c'est comme un cauchemar répété dans ma vie », il ajoute « : au moment de dialyse je me sens angoissé et fatigué et il dit : « c'est un traitement dure et douloureux ».

Il néglige souvent son traitement, il « le difficile pour moi c'est le régime alimentaire ».

Notre sujet développe de bonnes relations familiales .il dit « grâce à ma famille qui m'a aidé, et le soutien social que je reçois, ça me permis de s'adapter avec ma nouvelle situation et d'oublier parfois mon traitement

A l'avenir il souhaite d'avoir une greffe rénale et de revivre sa santé.

Pendant l'entretien le sujet ne parle pas beaucoup à cause de sa fatigue car il souffre d'une hypertension artérielle et un diabète de types 1 et 2 qui l'empêchent à nous parler.

C) présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith du cas n °7

Tableau n : n°13 : présente le résultat total et des résultats des sous échelles de Cooper Smith de cas (G) :

	générale	sociale	familiale	professionnel	total	Mensonge
Cas (G)	10	5	6	3	24	4

D'après les résultats obtenus et classer dans le tableau ci- dessus on a identifié qu'il présente une très base estime de soi de 24points de la note maximale de 50 points.

Ce patient est très angoissé et perturbé sur tous les niveaux en développant vers lui des idées négatives avec des répercutions sur la vie psychique et relationnelle. Le déni de sa maladie et la négligence de traitement lui pose beaucoup de complications.

Une très basse estime de soi chez ce sujet lui engendre un sentiment de l'incapacité et de manque de confiance en lui et participe à avoir un déséquilibre chez ce sujet qui affecte chaque partie de sa vie.

A l'échelle générale : il obtient une note de 10 points sur 26 points de la note maximale de cette échelle, ce malade éprouve le dégoût de la vie et une détresse psychologique.

A l'échelle sociale il a obtenu 5 points sur 8 points de la note maximale de cette dernière, d'une part il se sent encouragé par ses proches en cochant sur la case « me ressemble », « je suis très apprécié par les personnes de mon âge ».et d'autre en cochant sur « me ressemble », « la plus part des gens me fait pas confiance »

A l'échelle familiale il a obtenu 6 points sur 8 points : ce sujet est développe de bonnes relations avec a famille en cochant sûr, il reçoit le soutien qu'il faut pour s'adapter, il déclare en cochant sur la case « me ressemble », ma famille me comprend bien » et « me ressemble » ma famille prête beaucoup attention à ce que je ressens ».

A l'échelle professionnelle, il a obtenu 3 sur 8 points, le sujet trouve de mal à s'adapter dans les milieux professionnels et de sentiment de l'incapacité physique et de la fatigue qui l'empêchent à réaliser ses activités.

Synthèse de 7^{eme} cas :

L'insuffisance rénale chronique a influencé négativement sur presque tous les niveaux de la vie de la personne et surtout la dimension de l'estime de soi qui engendre chez ce patient le sentiment de l'incapacité d'agir et de s'adapter.

Le cas n° 08 : M^r (H) :

A) Présentation général :

M^R (H) âgé de 38ans, célibataire, il vit avec ses parents, sa profession avant sa maladie est gendarme, il se décrit comme sportif, calme, son niveau d'instruction est de terminal, atteint de l'insuffisance rénale chronique depuis 2000, il suivit un régime alimentaire et un traitement par dialyse.

B) L'analyse de l'entretien :

Cette maladie a débutée à travers des symptômes tels que la fatigue, faiblesse au moment des entrainements au stade qui fessait appel à consulter un médecin militaire qui lui demandé de faire un bilan là où il confirmait l'atteinte d'une insuffisance rénale chronique. Il est hospitalisé dans un service militaire

de néphrologie pour un mois .qui est vécu par des douleurs physiques et de souffrance psychologique.

Une découverte vécu par un choc et désespoir, une tristesse, il pense à tout moment à sa maladie comme, il développe des idées négatives de type « pourquoi moi, à mon âge je veux être en bonne santé » .il ne respecte pas son traitement adéquatement à cause de la non acceptation de cette maladie, surtout en sachant que c'est une maladie chronique et à risque de complications.

Il trouve beaucoup de difficultés par rapport au traitement (dialyse), comme il le souligne : « dés fois, je me sens bien je ne viens pas faire la dialyse ».

Sa réaction à la découverte de sa maladie et selon ses dires : « j'ai été choqué, et « j'ai eu peur », il ajoute « je refuse de croire que je suis malade et je pense que ma vie n'a aucun sens et je m'énerve contre tout le monde ».

M^R raconte qu'il a mal vécu sa maladie comme il dit « je n'arrive pas à croire que je suis malade de cette maladie grave des moments de silence ...mais j'ai été en bonne santé mais » on remarque chez ce sujet une tristesse et des idées négatives de type j'ai peur d'être rejeté à cause de cette maladie grave ».

Le sujet est de devenu incapable de travailler et de faire ses activités sportives comme il dit « j'ai été un grand joueur au volley Ball mais maintenant c'est fini » il ajoute : « c'est très dure d'être moi-même ».

Il refuse de parler de ça maladie pour lui cette maladie lui engendre un vrai complexe comme il le souligne : « je ne veux pas montrer aux gens que je suis malade ».

Ce malade développe de bonnes relations familiales, il reçoit le soutien de sa famille surtout sa mère qui a lui donner son rein malheureusement c'est une intervention chirurgicale non réussite .et le soutien de la part de ses frères dans les moments difficiles.

On ce qui est de son avenir, on constate que le sujet n'a pas des projets d'avenir au temps qu'il est atteint d'une maladie chronique, il souhaite d'être en bonne santé.

L'atteinte d'une maladie chronique (insuffisance rénale chronique) a influencé négativement sur la vie quotidienne et sur la dimension de l'estime de soi.

C) présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith du Cas n° :08 :

Tableau n°14 : présente le résultat Total et les résultats des sous échelles de l'échelle de Cooper Smith du Cas (H)

	Général	Social	Familial	professionnel	Total	Mensonge
Cas (H)	16	6	7	5	34	3

A partir des résultats obtenus et classer dans le tableau ci- dessus on a identifié qu'il présente une bas estime de soi de 34 point de la note maximale de 50 points .Ce qui reflète sa sous-estimation et son manque de confiance en soi.

Concernant l'échèle générale : le sujet a obtenu 16 points sur la note 26 points cela confirme que le sujet se situe dans la méfiance et manque de confiance en soi, car il déclare en cochant sur la case « ne me ressemble pas », quand « j'ai quelque chose à dire en générale je le dis », et cela explique le doute et la non compréhension de soi-même, en cochant sur la case « ne me ressemble pas » et « je me comprends pas bien moi -même ». Le sujet aussi souffre de manque physique et de l'incapacité physique car il déclare : « me ressemble », « je trouve que j'ai un physique agréable que la plupart des gens ».

Concernant l'échelle sociale il a obtenu 6 points sur 8 points, le sujet développe une relation acceptable avec ses voisins.

Quant à l'échelle familiale : le sujet a obtenu 7 points sur 8 points ce que explique que le sujet développe de bonnes relations familiales, il déclare en cochant sur la case « me ressemble ma famille me comprend bien ».

A l'échelle professionnelle le sujet a obtenu 5 point sur 8 points, ce qui explique que le sujet trouve des difficultés à s'intégrer dans le monde professionnel et a de mauvaise relation au travail .déclare en cochant sur la case « me ressemble », « je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose ».

Synthèse de l'entretien du 8^{eme} cas

D'après les résultats obtenus de l'échelle de Cooper Smith on peut conclure que l'insuffisance rénale chronique à une influence négative sur l'estime de soi du sujet, et aussi son traitement lourd qui est difficile à supporter par ses contraintes de temps et d'horaire par la fatigue qu'elle entraine, par sa dépendance qui engendre chez le patient le sentiment d'incapacité à s'adapter.

-Analyse générale de l'entretien clinique et de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith :

Selon les résultats obtenus à l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique interrogés.

On a identifié que la moyenne générale de nos 08 cas est de 31,25. Cette dernière représente une très basse estime de soi .Cela explique que la maladie chronique tel que le l'insuffisance rénale chronique (des personnes hémodialysés) à une influence négative sur le côté psychologique de ces personnes c'est-à dire ils se sentent inferieur, et mis à l'écart par rapport aux autres qui sont en bonne santé.

On peut conclure d'après les résultats obtenus des sous échelles de l'estime de soi de Cooper Smith que la maladie chronique est un facteur qui provoque une basse estime de soi.

II. Discussions des hypothèses :

Durant cette étude ont tenté d'évaluer le niveau de l'estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique, ainsi que le sentiment de dépendance à la machine dialyse et d'étudier l'importance de soutien familial et social dans le développement de l'estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique.

D'après les résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith qu'ont appliqué sur nos sujets qui sont de nombre de 08 cas âgé entre 27 à 55 ans, peuvent confirmer ou informer nos hypothèses

- Le niveau de l'estime de soi des personnes ayant une insuffisance rénale chronique est faible.

Selon les résultats obtenus 06 cas (4 hommes et 02 femmes) ont une mauvaise estime de soi due à plusieurs facteurs tel que la non acceptation de la maladie et la mauvaise gestion de l'insuffisance rénale chronique, avec un vécu plein de détresse, de honte et de dégoût de la vie ainsi que les attitudes négatives en vers soi.

Pour les deux autres cas on a trouvé qu'ils ont une bonne estime de soi, ce qui infirme l'impact négatif de la maladie sur leur estime de soi, ceci s'exprime à travers leur confiance en eux même et le sentiment d'être comme tout le monde.

De ce fait il nous semble que notre première hypothèse est confirmée chez la majorité de nos cas (6) cas.

-Concernant la deuxième hypothèse de notre recherche qui porte sur le sentiment de dépendance au traitement engendre une faible estime de soi chez cette catégorie de personnes :

On remarque chez les cas traités le fait d'être malade et être dépendant de la machine, leur cause de sentiment de le handicap et de manque physique qui provoque chez cette catégorie de personne l'inutilité et de l'incapacité physique qu'ils empêchent de réaliser leurs activités comme les autres qui sont en bonne

santé .Tout cela a été exprimé pendant notre entretien qu'on a réalisé avec les sujets hémodialysés .on a constaté que un patient atteint une insuffisance rénale chronique est dans l'obligation de se connecter à un rein artificiel qui provoque chez lui un sentiment de dégoût et de tristesse .

L'insuffisance rénale chronique à un retentissement négatif sur la qualité de l'estime de soi de ce sujet .cela a engendré chez lui le sentiment d'inutilité et d'incapacité d'agir et de s'adapter à sa nouvelle situation.

-Concernant la troisième hypothèse de notre recherche : le manque de soutien de la famille et la négligence de l'entourage engendre une mauvaise estime de soi : la majorité de nos cas ont de bonnes relations sociales, ce qui s'exprime que les sujets tiennent de bonnes relations sociales.

En ce qui est de soutien de la famille de nos cas (5) ont obtenus la moyenne ce qui explique qu'ils ont de bonnes relations familiales source de soutien et de renforcement.

Les autres cas s'estiment qu'elles ont de mauvaises relations avec leurs milieux familiaux. Bien exprimé à l'entretien et aux résultats des sous échelles sociale et familiale ceci confirme l'importance de soutien de la famille et de l'entourage dans l'acceptation de la maladie chronique ; et l'estimation de soi.

Les difficultés rencontrées durant cette recherche :

À la réalisation de notre travail de recherche de multiples obstacles, parmi ces difficultés rencontrées nous citons :

A l'université : le manque des ouvrages concernant notre thème à cause de la nouveauté de la filière de psychologie clinique.

A la clinique d'hémodialyse de kherrata :le refus de certains sujets à participer à cette recherche ,ajouter à cela, les entretiens se sont déroulés durant la séance d'hémodialyse car c'est été le seul moment possibles et mis à notre disposition, là on a noté la fatigue des patients après la séance de dialyse ,en plus ils ont été installé l'un près du lit de l'autre, ce qui les met en difficulté pour

s'exprimer, et sans oublier l'intervention des infirmiers à chaque fois pour régler le dialyseur...etc.

Conclusion

Conclusion

Ce mémoire comme on la déjà motionner vise à éclairer modestement la complexité psychopathologique des maladies chroniques tel l'insuffisance rénale chronique, cette corrélation met en évidence l'impact de la maladie chronique sur l'estime de soi réaliser au service d'hémodialyse qui se trouve à la wilaya de Bejaia dans la population Algérienne.

Dans ce modeste travail nous avons vu que quelques cas atteints de l'insuffisance rénale chronique que cela est vécu comme un choc et fin en soi, l'impossibilité de pouvoir faire n'importe qu'elle tache

Pour la vérification de nos hypothèses de recherche on a suivis la méthodes étude de cas qui permet d'observer et d'analyser le discours de chaque cas de notre population d'étude, on a utilisé des technique et des outils d'investigation les mieux adaptés à ce genres de problématique qui enrichirent notre recherche comme l'entretien semi –directif qui permet de bien comprendre le fonctionnement psychique des patients hémodialysés et de bien poser nos question d'une manière qualitative pour répondre à nos questions de recherche et l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte pour évaluer le niveaux de l'estime de soi chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique.

Les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique et qui sont au stade terminale et traitaient par la machine dialyse développent une mauvaise estime de soi chez la majorité des c'est-à-dire que l'insuffisance rénale chronique influence négativement sur la dimension de l'estime de soi et le bien-être de l'individu. On a aussi conclue que le soutien de la famille et de l'entourage participent à l'acceptation et l'adaptation à leurres nouvelles situations.et aussi on peut ajouter que cette maladie chronique est une maladie complexe.

L'insuffisance rénale chronique est un événement qui peut être pour chacun de nous un traumatisme et une réalité difficile à accepter, cette maladie entraîne des conséquences sur le plan psychologique et social de la personne.

Nous espérons à travers cette recherche contribuer à faire la lumière sur le thème d'estime de soi et les insuffisants rénaux ;et d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles sur le plan théorique et pratique pour des recherches ultérieures, tel que l'angoisse de mort ,l'adaptation et l'acceptation de la maladie.

Enfin on a constaté à travers nos observations faites au service d'hémodialyse durant notre stage pratique et après un contact rigoureux avec le groupe de notre recherche c'est que le traitement médicamenteux est insuffisant pour alléger les souffrances de ces individus qui souffrent d'une insuffisance rénale chronique, car cette douleur d'autant psychologique qu'organique aussi le soutien psychologique demeurent indispensable pour les accompagner durant cette épreuve.

Ainsi, il faut reconnaître que ce thème recouvre un domaine très vaste, très sensible et en encore peu expliqué en Algérie.

BIBLIOGRAPHIQUE

Liste bibliographique :

Les livres :

- 1) André. C,et Lelord,F (1999) , « **l'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres** ».Odile jacob,paris.
- 2) Boubchir. A, (1996), « **Monographie sur l'insuffisance rénale chronique** ».Alger.
- 3)Cooopersmith.S,(1984), « **Manuel d'inventaire d'estime de soi de Cooper S (S.E.I)** ». Paris édition de centre de psychologie appliqué.
- 4)Chahraoui .K,et Al (1999), « **L'entretien clinique** ». paris,Dunod
- 5) Chahraoui. K, Bénony, H, (2003), « **Méthode, d'évaluation et recherche en psychologie clinique** ».Paris,Dunod
- 6) Cario, R. (2000), « **victimologie de l'effraction du lien inter subjectif à la restauration social** » .Paris,harmatan.
- 7) Cupa D. (2002), « **Psychologie en néphrologie** ».Paris, EDK.
- 8) Dederix. J (2010), « **Voix et estime de soi** ».paris, Harmattan.
- 9) Delphine. M, (1995), « **Les approches psychosociales** » presse universitaire.
- 10) Elaine. N, (1999), « **Anatomie et physiologie humaines** ».renouveau pédagogique.
- 11) Jean et Al, (2002), « **la connaissance de soi en psychologie de l'éducation physique et de sport** ».Paris, Armand colin.
- 12) Josiane. S.Paul, (1999) , « **Estime de soi confiance en soi** », paris, inter édition.
- 13) Gaudin. (2006), « **Livre blanc de la dialyse à domicile** ». France :Boxter.
- 14) Lacroix. (2001), « **Apprivoiser l'insuffisance rénale** » .Canada.
- 15) Moreau.R(2005), « **Anatomie du rein des voix urinaires** ».France
- 16)Olmer.M .(2007), « **Vivre avec une maladie des reins, dialyse et transplantation rénale** » . Lion.
- 17) Orstti.A,(1985) . « **Le rein, les glandes endocrines** ». Mortirial.

18)Pédielli. J, (2005), « **L'observation clinique et l'étude de cas** » : Armand colin.

19) Quevauvillier. J. (2009), « **Dictionnaire médical** ». Italie .E. Masson.

20)Querin.C ,Valiquette,L.(2004), « **La néphrologie et l'urologie** ». (Edisme).

Liste des ouvrages en langue arabe :

1) Lalla. Abdelhamid, (1985), « **Échelle d'estime de soi pour enfant et adolescent** », **Egypte.Nahda** et Arrabia.

-Dictionnaires:

1-Bloch. H,et Al, (2003) **le grand dictionnaire de la psychologie**, paris Larousse.

2-Sillamy. N. (1999) **Dictionnaire de psychologie**).Paris .Larousse.

-Revues :

1)-Bouabka. A. (16.Septembre 2009).**13000 algériens souffrent d'insuffisance rénale**.la tribu.

2)-Depeyre.J (Mai,Jun .2010).Qu'implique **le diagnostic d'une insuffisance rénale chronique**).Genève.

3)-Droulez et Al, « **Prise en charge des patients insuffisants rénaux, intérêt d'une approche éducative complémentaire au suivie médical** ».N°3192 ,6 page.

4)-Jean.P.Famos. (2002), « **Le concept de soi physique bulletin de psychologie** ».N°274 .85 .

5)-Lacroix. (2001) .Apprivoiser l'insuffisance rénale .Canada.

6)-Rademarcher. (2004) ,**guide pratique de l'hémodialyse**

8)-l'agence de biomédecine. (2011) ,**insuffisance rénale** .France, 24 pages.

-Conférence universitaire :

1) **Essai d'interprétation psychologique du dogme de la bénite ,1940-1948**

2) PR.René L'Ecuyer : **concept de soi**, université de Sherbrooke-coloque de castre-juin 2000.

Lettres universitaires :

1) Cherif Hana : « **stratégie de défense et l'estime de soi et sa relation avec les conflits chez l'adolescent Algérien, mémoire** pour l'obtention du titre de magistère en psychologie clinique université d'Alger, 2002.

2) Jamila, M., Nadjma, **anxiété et sa relation avec l'estime de soi chez l'adolescent**. mémoire présenté pour l'obtention d'une licence en psychologie scolaire, université de Tizi-Ouzou.

Site internet et fichier PDF :

-Epreuve national classant, (ENC), insuffisance rénale chronique (consulté le 15/02/2013).

-Robert et Al, 1999, douleurs chroniques, (consulté le 20/02/2013).

-Moley-Massol, 2005, vécu psychologique de la maladie chronique. (Consulté le 23/03/2013).

-Herrin J.2003:la prise en charge familial et le rôle de soutien de l'entourage. (Consulté le 02/03/2013).

[Http:// www .psychologie.fr](http://www.psychologie.fr), (consulté le 15/3/2013).

[Http://doctissimo.fr](http://doctissimo.fr).(consulté le 19/3/2013).

[Http// :www.wikipèdia.net](http://www.wikipèdia.net) // (psychologie).consulté le 21/3/2013.

[http://:www.biomedecine.com](http://www.biomedecine.com) consulté le 2/4/2013.

[http://www –pasport santé –net](http://www-pasport_santé-net). Consulté le 26/4/2013.

[http-technique pour l'estime de soi](http-technique_pour_l'estime_de_soi). Consulté le 24/4/2013.

Journal :

- **Forum d'el Moujahid. (2011).1, 5 million d'insuffisants rénaux en Algérie El Moujahid.**

ANNEXES

Guide d'entretien (annexe N° 1)

I^{er} axe : informations personnelles :

- Sexe :
- Âge :
- Niveau d'instruction :
- Situation familiale :
- Profession :

II^{ème} axe: information sur la maladie (insuffisance rénale chronique) et son traitement

- Pouvez -vous me dire depuis quand vous avez cette maladie ? Et comment –elle s'est apparue ?
- A quel âge votre maladie est diagnostiquée ?
- Suivez-vous un traitement ou un régime ?
- Quel est le moyen utilisé ? Si c'est oui, depuis quand ?
- Combien de fois par semaine vous faites la dialyse ?
- Pouvez-vous me parlez comment vous avez réagit à ce traitement ?
- En quoi consistent vos difficultés ?
- Trouvez-vous que c'est difficile de vivre avec cette maladie ?
- Comment vous faites pour gérer votre maladie ?

III^{ème} axe : informations sur l'estime de soi

- Que représente pour vous cette maladie ?
- Comment vous – vous voyez par rapport aux autres ?
- Comment est votre état psychique depuis votre maladie ?
- Que ressentez-vous à l'égard de votre maladie ?
- Avez-vous l'impression d'être mis à l'écart dans votre vie ?
- Est-ce qu'il vous arrive de vivre des moments de tristesse ? -Avez-vous acceptez facilement votre maladie ?
- Comment vous faites pour gérer votre situation ?
- Est-ce que cette maladie à influencer sur vos activités quotidiennes ?
- Est-ce que vous abordez votre maladie devant les gens ?

- Est-ce qu'il vous arrive de sentir des sentiments de culpabilité, d'incapacité, la non satisfaction et le sentiment de manque et de ne pas être comme les autres ?

IV^{ème} axe : informations familiales et sociales :

- Qu'elle est la réaction de votre famille face à cette maladie ?
- Comment votre famille se comporte-t-elle à votre égard ?
- Avez-vous le sentiment d'être rejeté à cause de cette maladie ?
- Êtes-vous soutenus ou non par votre entourage ? Par qui généralement ?
- Parlez-nous de vos relations avec vos voisins, collègues, ... ?
- Est-ce que votre maladie vous paraît comme un empêchement de mener à bien votre vie ?

Pourquoi ?

- Comment voyez-vous votre avenir ?

ANNEXE N° 2 : INVENTAIRE ESTIME DE SOI COOPERSMITH
FORME ADULTE **S.E.I**

NOM :..... **PRENOM** :.....

AGE :.....**SEXE** :.....**DATE DE L'EXAMEN**:.....

PROFESSION :.....**NIVEAU D'ETUDE** :.....

CONSIGNES

LISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE

Dans les pages qui suivent, vous trouvez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lirez attentivement chacune de ces phrases.

Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulée « Me ressemble ».

Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne, intitulée « Ne me ressemble pas ».

Efforcez-vous de répondre à **toutes les phrases**, même si certains choix vous paraissent difficiles

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

		Me ressemble	Ne me ressemble pas
1	En générale je ne me fais pas de souci.		
2	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe.		
3	Il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.		
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.		
5	On s'amuse bien en ma compagnie		
6	Je suis souvent contrarié(e) par ma famille.		
7	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.		
8	Je suis très apprécié(e) par les personnes de mon âge.		
9	Ma famille prête généralement attention à ce		
10	Je cède très facilement aux autres.		
11	Ma famille attend trop de moi.		
12	C'est très dur d'être moi.		
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.		
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres.		
15	J'ai une mauvaise opinion de moi-même.		
16	J'ai souvent envie de changer d vie.		
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.		
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens.		
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.		
20	Ma famille me comprend bien.		
21	La plupart des gens sont mieux aimés que moi.		
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé(e) par ma famille.		
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose.		
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.		
25	Les autres ne me font pas souvent confiance.		
26	Je ne suis jamais inquiet(e).		
27	Je suis assez sûr(e) de moi.		
28	Je plais facilement.		
29	Je passe souvent de bons moments en famille.		
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.		
31	J'aimerais être plus jeune.		

32	Je fais toujours ce qu'il faut faire.		
----	---------------------------------------	--	--

33	Je suis fier(e) de mon activité professionnelle.		
34	J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.		
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.		
36	Je ne suis jamais heureux (euse).		
37	Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.		
38	En général, je suis capable de me débrouiller tout(e) seul(e).		
39	Je suis assez content(e) de ma vie.		
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que moi.		
41	J'aime tous les gens que je connais.		
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose.		
43	Je me comprends bien moi-même.		
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi.		
45	On ne me fait jamais de reproches.		
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.		
48	Cela ne me plaît vraiment pas d'être un homme (une femme).		
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.		
50	Je ne suis jamais intimidé(e).		
51	J'ai souvent honte de moi.		
52	Les autres me cherchent souvent querelle.		
53	Je dis toujours la vérité.		
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		
55	Je me moque de ce qui peut m'arriver.		
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie.		
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.		
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire au gens.		

G

So

F

P

T

M

--	--	--	--	--	--