

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des Sciences humaines et sociales

Département des Sciences sociales

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique

Thème

***L'estime de soi chez les patients
hémodialysées
Etude clinique de dix cas réalisée au service
d'hémodialyse (Kherrata)***

Réalisé par :

KHALED chafia

KHALED fairouz

Promoteur: Mr. BELBESSAI Rachid

Année universitaire: 2014-2015

Remerciements

Avant tout je tien à remercier dieu tout puissant de m'avoir donnée force pour réaliser ce modeste travail, et à tous ceux qui ont lu, sous ces diverses formes.

A mon promoteur Mr BELBESSAI Rachid, qui m'as accompagné tout au long de cette expérience, avec beaucoup de patience, de compréhension, et aussi pour nous avoir fait l'honneur de nous encadrer .merci.

A tous les membres du jury qui ont accepté d'évaluer ce modeste travail.

A tous l'ensemble du personnel du service d'hémodialyse de KHERRATA ; médecin, infirmière, le psychologue, sans oublier tout les malades qui ont accepté de partager un peu d'eux même en participant à cette étude.

Merci à tous ceux qui ont été source de mon inspiration et qui nous ont orientés, conseillés.

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

On vous remercie tous pour votre soutien durant ces longues années d'étude. Je remercie infiniment Mr NEGROUCHE HAMID, qui nous as aider vraiment tout au long de ce travail par ses conseils merveilleux.

DEDICACES

A Mon papa, KHALED ABDELKADER;

Tu m'as appris que le travail est un trésor. Tu es toujours là, tu m'encourages et me soutiens quelques soient les difficultés. Ce travail est aussi le tien. Merci beaucoup PAPA.

A ma maman, KHALED AICHA;

Tu m'as nourri de ton lait et ta sueur. Tes prières, tes conseils, ton affection et ta compréhension sont toujours pour moi des piliers fondamentaux. Voici aujourd'hui un fruit de ta patience et des sacrifices consentis. Merci MAMAN chérie.

A ma sœur NABYLA et son mari MESSAOUD et ces enfants OUSSAMA et OUAIL.

A mon frère NABYL et sa femme NAIMA ; Pour votre soutien au quotidien, avec tout mon amour.

A mes sœurs RAZIKA et AMINA et ZINA ; Merci pour vos prières et votre soutien sans faille. Que l'esprit d'amour règne toujours au milieu de nous.

A mes cousins, cousines et toute la famille KHALED.

A mes oncles, MON GRAND PERE, et toute la famille.

A mes amis : AMEL, NADJET, HAYET, SALOUA, WASSILA, ISLEM, RACHIDA, ZAHIA, SALEWA, SOFI, MOUNIRA, LEILA, WIDAD, SALMA, WARDA, MEROUANE.

A mon binôme FAIROUZ, et toute sa famille.

A tous mes collègues de promotion.

A tous mes enseignants ; Pour avoir contribué à ma formation.

A tous ceux qui m'aimes et j'aime, merci pour tous.

CHAFIA

DEDICACES

A mon papa, KHALED SALAH; Tu m'as appris que le travail est un trésor. Tu es toujours là, tu m'encourages et me soutiens quelques soient les difficultés. Ce travail est aussi le tien. Merci beaucoup PAPA.

A ma maman, KHALED HASSINA; Tu m'as nourri de ton lait et ta sueur. Tes prières, tes conseils, ton affection et ta compréhension sont toujours pour moi des piliers fondamentaux. Voici aujourd'hui un fruit de ta patience et des sacrifices consentis. Merci MAMAN chérie.

A ma sœur NAIMA et son mari BRAHIM ;

A ma sœur CHAFIA et son mari MOKRANE ;

Et mon frère OMAR et ces enfants NADA et RAHIM.

A mes sœurs SAIDA et WASSILA et ASSIA et WISSAM; et mon frère HICHEM ; Merci pour vos prières et votre soutien sans faille, Que l'esprit d'amour règne toujours au milieu de nous.

A mes cousins, cousines et toute la famille KHALED.

A mes oncles, et toute la famille.

A mes amis : SAIDA, SABRINA, NABYLA, FERIEL, RADIA.

A mon binôme CHAFIA, et toute sa famille.

A tous mes collègues de promotion.

A tous mes enseignants ; Pour avoir contribué à ma formation.

A tous ceux qui m'aimes et j'aime, merci pour tous

FAIROUZ

Sommaire

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Liste des figures

Introduction.....1

Le Cadre générale de la problématique

1-problématique et hypothèses.....6

2-définition des concepts clés.....10

3-définition opératoire des concepts.....11

4-les objectifs de la recherche.....13

Partie I

Partie théorique

Chapitre I : l'estime de soi

Préambule17

1-définition de soi..... 17

2-apparition du concept de soi.....17

3-définition de l'estime de soi.....19

4-acceptation de soi et l'estime de soi.....21

5-la forme d'estime de soi.....21

6-que permet l'estime de soi22

7-A qui sert l'estime de soi22

8-les caractéristiques d'une personne qui s'estime.....26

9-les caractéristiques et conséquences du manque d'estime de Soi.....	27
Conclusion.....	30
 Chapitre II : L'hémodialyse	
Préambule.....	35
 Hémodialyse : aspect médicale	
I-le rein.....	35
I-1-définition.....	35
I-2-l'anatomie-physiologie.....	35
I-3-les déférentes fonctions de rein.....	37
 II-insuffisance rénale(IR)	
II-1-définition	39
II-2-les types de l'insuffisance rénale.....	39
-l'insuffisances rénale aigue (IRA)	
-l'insuffisance rénale chronique (IRC)	
II-2-1-insuffisance rénale aigue (IRA).....	39
II-2-1-1-définition de l'insuffisance rénale aigue	39
II-2-1-2-les causes de l'insuffisance rénale aigue.....	40
II-2-1-3-les types de l'insuffisance rénale aigue	41
II-2-1-4-le traitement de l'insuffisance rénale aigue.....	41
II-2-2-insuffisance rénale chronique	42
II-2-2-1-définition de l'insuffisance rénale chronique.....	42
II-2-2-2-les symptômes de l'insuffisance rénale chronique.....	42
II-2-2-3-les causes de l'insuffisance rénale chronique.....	43

II-2-2-4-les différentes types de l'insuffisance rénale chronique.....	43
II-2-2-5-le traitement de l'insuffisance rénale chronique.....	43
5-1 –l'hémodialyse(HD).....	44
5-1-1-historique de l'hémodialyse.....	44
5-1-2- les principes d'hémodialyse.....	46
5-1-3- matériel d'hémodialyse.....	47
5-1-4- les complications d'hémodialyse.....	48
5-1-5-les abords vasculaires	50
5-2-dialyse péritonéale(DP).....	52
5-2-1-définition de dialyse péritonéale.....	52
5-2-2- les principes de dialyse péritonéale.....	52
5-2-3-les différentes types de dialyse péritonéale.....	53
5-2-4- les complications de dialyse péritonéale.....	54
Conclusion.....	56
L'hémodialyse : aspects psychologiques et sociaux.....	56
Préambule.....	56
1 - la mort, l'angoisse chez la personne dialysée.....	56
2 les signes cliniques de la dépression chez la personne dialysée.....	57
3-le problème du rapport au temps chez la personne dialysée.....	58
4-le régime et les contraintes alimentaires chez la personne dialysée.....	60
5-les remaniements de l'image du corps chez la personne dialysée.....	60
6-dysfonctionnements sexuels chez la personne dialysée.....	61

7-le problème de l'effraction chez la personne dialysée.....	61
8-réflexion sur les déferents mondes de prise en charge.....	62
9-le problème de l'accompagnement en fin de la vie.....	63
10-le rôle des soignants	63
11-la transplantation rénale et l'attente de la transplantation.....	64
12-observance du traitement immuno supprimeur.....	65
Conclusion.....	66

Partie II

Partie pratique

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

Préambule.....	70
I-la pré-enquête.....	70
II-la démarche de la recherche	71
II-1-la méthode utilisée.....	71
-la méthode clinique	71
-l'étude de cas.....	71
III-présentation de la population d'étude et le lieu de la recherche.....	72
III-1-présentation de la population d'étude.....	72
III-2-présentation de lieu de la recherche.....	73
III-2-1-l'établissement public hospitalier de KHERRATA.....	73
IV-les outils d'investigations.....	74
IV-1- L'entretien semi directif	74

IV-2-le guide d'entretien.....	74
IV-3-les attitudes de clinicien durant l'entretien.....	75
IV-4-l'échelle d'estime de soi de « Rosenberg ».....	76
IV-5-Le déroulement général de la pratique.....	77
V-les difficultés de la recherche.....	78
Conclusion.....	79

Chapitre IV: présentation, analyse et discussion des hypothèses.

Préambule.....	82
I-présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique et de l'échelle d'estime de soi de « Rosenberg ».....	82
I.1. Sujet 1	82
I.2. sujet 2	84
I.3. sujet 3.....	86
I.4. sujet 4.....	88
I.5. sujet 5.....	90
I.6. sujet 6	92
I.7. sujet 7.....	94
I.8. sujet 8.....	96
I.9. Sujet 9.....	98
I.10. sujet 10.....	100
• analyse générale de l'entretien de l'ensemble des sujets.....	102
• discussion des résultats.....	102

II-discussion des hypothèses.....105

Conclusion.....108

La liste bibliographique

La liste des annexes

Liste des abréviations

DPA	Dialyse Péritonéale Automatisée
DPCA	Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire
DP	Dialyse Péritonéale
EER	Epuration Extra-rénale
EPO	Erythropoïétine
FAV	Fistule Artériole-Veineuse
HD	Hémodialyse
IR	Insuffisance Rénale
IRA	Insuffisance Rénale Aigue
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
MRC	Maladie Rénale Chronique
PA	Pression Artérielle

Liste des tableaux

Numéro de tableau	Indication	page
Tableau 1	Tableau récapitulatif des caractéristiques de choix de la population d'études	72
Tableau 2	Indiquant le critère de mesure de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg	77
Tableau 3	Résultat de l'échelle de Rosenberg pour le sujet 1	83
Tableau 4	Résultat de l'échelle de Rosenberg pour le sujet 2	84
Tableau 5	Résultat de l'échelle de Rosenberg pour le sujet 3	87
Tableau 6	Résultat de l'échelle de Rosenberg pour le sujet 4	89
Tableau 7	Résultat de l'échelle de Rosenberg pour le sujet 5	90
Tableau 8	Résultat de l'échelle de Rosenberg pour le sujet 6	93
Tableau 9	Résultat de l'échelle de Rosenberg pour le sujet 7	95
Tableau 10	Résultat de l'échelle de Rosenberg pour le sujet 8	96
Tableau 11	Résulta de l'échelle de Rosenberg pour le sujet 9	98
Tableau 12	Résultat de l'échelle de Rosenberg pour le sujet 10	101
Tableau 13	Les résultats d'estime de soi de « Rosenberg » de tous les sujets	103

Liste des figures

Figures	Indication	Pages
Figure 1	Apparition d'estime de soi	18
Figure 2	La place du rein dans le corps humain, anatomie macroscopique	36
Figure 3	Fistule artério veineuse de James Cimino	46
Figure 4	Présentation d'un générateur de dialyse	47
Figure 5	Fistule artério veineuse	50
Figure 6	Cathéter	51
Figure 7	Courbe présentant la différence de taux de l'estime de soi chez les personnes hémodialysées	104

INTRODUCTION

Introduction

Introduction

La santé est une notion relative parfois non présentée comme corolaire de l'absence de maladie : des personnes porteuses d'affections diverses sont parfois jugées « en bonne santé » si leur maladie est contrôlée par un traitement. Dès le milieu de X X^e siècle, des spécialistes du diabète ont ainsi parlé « de santé insulinienne » Aujourd'hui, cet état de fait est même majoritaire dans les pays développés il devient exceptionnel à partir d'un certain âge de ne pas avoir par exemple un trouble de la réfraction oculaire ou des problèmes d'hypertension.

Les reins sont des organes vitaux dont on connaît mal l'importance et l'utilité pour l'organisme ils filtrent notre sang et régulent notre organisme.

En raison de caractéristique génétiques, ou liées aux traits de vie, la capacité des reins varie significativement selon les individus et selon l'âge, elle est médiocre chez le nouveau-né et décline chez l'adulte avec l'âge, les capacités fonctionnelles du rein peuvent être dégradées par diverses maladies et par l'exposition à certains toxiques (fluor, plomb, cadmium, autres métaux lourds, alcool ou excès de sodium...)en cas de déficience grave, les dernières recours sont la filtration externe du sang dans un rein artificiel(dialyse)ou la greffe de rein.

Quant les reins ne fonctionnent plus correctement, notre organisme est petit à petit empoisonné par les déchets qui ne sont plus éliminés, on parle de l'insuffisance rénale.

L'insuffisance rénale chronique est une maladie grave ,trop souvent ignorée des patients eux-mêmes car ,à la déférence d'autres maladies elle peut évaluer silencieusement jusqu'à un stade avancé, en effet, l'hypertension artérielle est souvent la première manifestation clinique objectivable, mais on sait qu'elle-même est souvent muette .d'autre part, les symptômes cliniques précoces(fatigue, baisse de l'appétit, essoufflement),quand il sont présents, sont peut spécifiques et peuvent être attribuables à beaucoup d' autre causes.

L'insuffisance rénale dite chronique lorsque cette perte de fonction est progressive, et que les lésions présentes dans les reins ont un caractère irréversible. Dans bien des cas, elle progresse graduellement, sur un grand nombre d'année.

La maladie rénale(ou néphropathie) est généralement irréversible, sans possibilité de guérison, son évolution naturelle est plus ou moins lente, pouvant aller jusqu'à la perte totale de la fonction rénale. On parle alors d'insuffisance rénale terminale.

Introduction

L'insuffisance rénale n'est pas synonyme de troubles de la personnalité, ou de trouble mentaux, cependant tout le monde n'est pas capable de réagir et de gérer sereinement le traumatisme que représente forcément un traitement aussi astreignant que la dialyse ou même, a un moindre degré, que la transplantation.

Tout le monde s'accord à reconnaître que le dialyse est un traitement difficile à supporter par ses contraintes de temps et d'horaires, par la fatigue qu'elle entraîne, par sa dépendance vis-à-vis du corps médical et ses retombées sur la vie des malades ... il reste évident que la meilleure façon de l'aborder est la prise en charge personnelle de son traitement par le malade afin de permettre la meilleure adhésion possible au traitement. ([http :www.fnair.asso.fr/images/édit 84.PDF](http://www.fnair.asso.fr/images/édit_84.PDF)) consulté le(19/03/2015 à 18 : 30).

En ce que concerne la transplantation, bien qu'elle procure une vie plus facile, elle n'entraîne pas une guérison définitive, les conséquences psychologique de la maladie chronique sont présente en aux d'un organe étranger.

L'estime de soi est le jugement ou l'évaluation faite d'un individu en rapport à ses propres valeurs lorsque un individu accomplit une chose qu'il pense valable, celui-ci ressent une valorisation et lorsqu'il évalue ses actions comme étant en oppositions à ses valeurs, il réagit comme « baissant dans son estime » selon certains psychologues, l'expression est à distingues de la « confiance en soi » qui, bien que liée à la première, est en rapport avec des capacités plus qu'avec des valeurs.

L'estime de soi suppose une évaluation de soi, considéré comme une entité stable et définie une fois pour toutes alors qu'à évidence il s'agirait en réalité d'un processus impermanent par essence.

Est aussi est un concept psychologique qui renvoie au jugement globale positive ou négative qu'une personne à d'elle-même. L'estime que l'on va avoir de soi dépendra de beaucoup de paramètres :l'environnement, l'éducation, la personnalité ,les capacités physique et intellectuelles... sont autant de variables qui vont influencer le jugement que nous portons sur nous-mêmes, l'estime de soi se construit durant l'enfance et évoluera au cours de la vie avec les expériences de réussite et d'échec.

Bien que l'estime de soi ne soit pas la seule condition nécessaire pour être heureux et réussir notre vie, elle peut néanmoins être considérée comme une sorte de passeport pour le bonheur et pour la réussite.

Introduction

Notre estime de soi et notre confiance en soi se modifient au cours du temps, et nous avons la responsabilité et le pouvoir de les faire évaluer positivement.

Pour répondre aux objectifs de cette recherche, nous avons choisi comme terrain d'étude l'établissement public hospitalier (EPH) de KHERRATA et une population de dix cas afin de vérifier le degré d'estime de soi chez les personnes hémodialysées.

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

On débutée notre travail avec une introduction générale et une problématique où nous avons proposé des hypothèses que nous allons affirmer ou infirmer à la fin de notre recherche.

On a élaborée la partie théorique qui comprend deux chapitres :

- le premier(1) chapitre :intitulé « l'estime de soi » :dans lequel nous évoquerons la définition de soi ,apparition du concept de soi, la définition de l'estime de soi, acceptation de soi et l'estime de soi , la forme d'estime de soi, que permet l'estime de soi, à qui sert l'estime de soi, les caractéristiques d'une personne qui s'estime et enfin les caractéristiques et les conséquence de manque d'estime de soi.
- le deuxième(2) chapitre :intitulé « hémodialyse » : aspect médical qui présente des termes liés à l'insuffisance rénale, définition, les types, les symptômes ,les causes et le traitement.et l'aspect psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux.

Ainsi que la partie pratique qui est divisée en deux chapitres :

- le troisième(3) chapitre : qui compose la méthodologie de la recherche, la population et le lieu de la recherche ainsi que nos outils d'investigations (l'entretien clinique, l'échelle d'estime de soi de Rosenberg), le déroulement générale de la pratique et enfin les difficultés de la recherche.
- le quatrième(4) chapitre : présentation, analyse et discussion des hypothèses, qui compose des points suivants : présentation, analyse de l'entretien et l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, ainsi que la discussion des hypothèses.

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

*Le cadre générale de la
problématique*

Le Cadre générale de la problématique

1-problématique et hypothèses.

2-définition des concepts clés.

3-définition opératoire des concepts.

4-les objectifs de la recherche.

1. Problématique et hypothèses

La maladie est une occasion d'apprendre d'autres dimensions de la vie. Certes les maladies graves sont à différencier des troubles de santé. Mais dans les deux cas le malade peut devenir acteur de sa maladie, comme il 'est de sa formation. De nouveaux rapports aux soins médicaux méritent d'être inventés dans un partenariat qui existe déjà dans les pratiques d'éducation thérapeutique des malades chroniques. (Pierre, D, 2012, P.39)

Vivre avec la maladie. Au-delà de l'attitude d'acceptation consentie à laquelle peut renvoyer l'expression (on n'y peut rien, il faut bien vivre avec), c'est à une déclinaison de l'expérience de la maladie dans toutes ses dimensions qu'invite un tel syntagme. (Christine delory, M, et Catherine, T, 2014, P. 33).

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

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

Durant la vie quotidienne, L'être humain pourrait être atteint de quelque maladie comme les maladies chronique.
On pourrait dire de la maladie chronique qu'elle est une pathologie du temps, au sens où elle semble interdire au malade de s'installer dans le temps ou, plus exactement, dans une représentation temporelle fixe et le condamne ainsi à une constante oscillation entre deux logiques bien différentes de la temporalité, celle de l'instant et celle de la durée. Le malade doit répondre à une injonction contradictoire : il lui faut à la fois savoir profiter du présent, des moments de répit que lui laisse la douleur, mais aussi rester constant dans l'effort thérapeutique, c'est-à-dire s'inscrire dans un temps plus long, dans la continuité.(Emmanuel,H,2010,P.119) .

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

Le cadre générale de la problématique

L'insuffisance rénale chronique est une maladie insidieuse désigne une détérioration graduelle et irréversible de la fonction rénale. Le diagnostic de l'insuffisance rénale est souvent posé tardivement, aucun symptôme réellement gênant n'apparaît en effet au cours des premières années de la maladie, cette IRC évolue fréquemment vers une perte totale de la fonction rénale, un traitement de substitution de la fonction rénale, la dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) ou la transplantation, devient alors nécessaire

<http://fr.medipedia.be/insuffisance-rénale> consulté le (16/05/2015 à 12 :43).

À l'annonce d'une insuffisance rénale terminale, une certitude : à plus ou moins long terme le patient sera mis en dialyse ou greffé. Il ne peut compter sur son propre corps devenu incapable de le faire vivre. Cela lui inflige une profonde blessure narcissique, un narcissisme primaire qui peut être touché, lui montrant son impuissance radicale puisqu'il est obligé de faire appel à une machine ou au rein d'un autre pour survivre. La machine et les soignants en charge du rein artificiel peuvent devenir au niveau fantasmatique, une sorte de mère toute-puissante, un vampire dangereux ou une autre figure de notre univers psychique archaïque. Le dialysé est, comme le nourrisson, dépendant de façon absolue (au sens de Winnicott) de la machine et de l'équipe médicale et soignante. Face aux incertitudes liées à son état, le patient peut chercher auprès des soignants une aide pour les rendre supportables psychiquement, pour les contenir. Face à la maladie chronique, face à ce traitement érodant (physiquement et psychiquement) qu'est la dialyse, le narcissisme comme gardien de vie est alors central.

En Algérie, on estime le nombre du nouveau patient enregistré chaque année au stade terminal de leur insuffisance rénal à 3000 cas, soit 50 à 100 nouveau cas par million d'habitants. En 2004, des statistiques de ministère de la santé faisaient état de traitement 300000 patients.

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

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

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

Le cadre générale de la problématique

En 2005, il y avait 145 centres de dialyse avec 1860 générateurs de dialyse pour 7800 malades. En 2006 (juin), ils sont 168 centres fonctionnels dont le tiers est constitué de centres privés conventionnés avec CNAS possédant 2000 générateurs pour 1000 malades dialysés .ce sont quelque 110000 science d'hémodialyse qui sont assuré chaque mois. (EL WATAN, publié le 28 avril 2013).

L'estime de soi est au cœur de comportement d'un individu, c'est ce qui lui apporte la confiance, l'assurance, et c'est ce qui lui permet de progresser et de réussir .une faible estime de soi est fréquemment à l'origine de difficultés pour un individu : doutes, hésitations, ou à l'inverse vanité et arrogance. Un bon niveau d'estime de soi confère à la personnalité, capacité à s'affirmer, souplesse face aux événements, capacité de décision, respect des autres.

Coopersmith de son coté, considère également l'estime de soi comme une variable multidimensionnelle qui peut être appréhendée relativement aux différents secteurs de la vie d'un individu. Selon la conception de ce dernier, l'estime de soi renvoie au jugement que les individus portent sur eux-mêmes, quelque soient les circonstances. C'est une expression d'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et personnelle, qui se traduit par les attitudes adoptées face à des situations de la vie courante (vie social, familiale et professionnelle). Ainsi n il distingue l'estime de soi globale (qui renvoie un jugement personnel général), l'estime de soi social familial et l'estime de soi professionnel ou scolaire (Padilla, A, L, 2009, p.9).

Une bonne estime de soi se traduit chez les sujets par divers signes tels que ; la certitude intérieure de sa propre valeur «je suis sûr que je suis quelqu'un de bien »... est une faible estime de soi se manifeste par le doute intérieure de sa propre valeur « Suis-je quelqu'un de bien ? » ou « J e suis incapable de faire quoi que ce soit » , « expression d'un désarroi face a leur image corporelle »... cet notion a été évoquée dès la fin du 19^e siècle ,notamment par W.James qui est le premier à définir l'estime de soi comme le résultat d'un rapport entre nos succès et nos prétention dans les domaines importants de notre vie . En d'autres termes, le postulat de W.James est que l'estime de soi est le rapport entre ce que nous sommes (notre soi réel) est ce que nous voudrions être (notre idéal de soi) (Ibid., p 8).

L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour des trois composantes essentielles du soi : comportemental, cognitive et émotionnelle. Elle comporte des aspects comportementaux (elle influence nos capacités à l'action et se nourrit en retour de nos succès) et cognitifs (elle dépend étroitement du regard que nous portons sur

Le cadre générale de la problématique

nous, mais elle le module aussi à la hausse ou à la baisse). Enfin l'estime de soi reste pour une grande part une dimension fortement affective de notre personne : elle dépend de notre humeur de base, qu'elle influence fortement en retour. Les rôles de l'estime de soi peuvent d'ailleurs être compris selon cette même grille de lecture : une bonne estime de soi facilite l'engagement dans l'action, est associée à une auto-évaluation plus fiable et Plus précise, et permet une stabilité émotionnelle plus grande. (Christophe, A, 2005, P.26).

Nous proposons d'étudier l'estime de soi chez les personnes hémodialysés on posant les questions suivantes :

1- Le degré d'estime de soi chez Les sujets hémodialysées est –il faible ?

2- l'Estime de soi chez les patients hémodialysées est t-il négatif ?

➤ **Hypothèses :**

1- Le degré d'estime de soi chez les sujets hémodialysées est faible.

2- les sujets hémodialysées présentent une estime de soi négatif.

2. Définition des concepts clés :

Attachons nous à présent à définir quelques notions afin de pouvoir au mieux l'appréhender et en définir les enjeux.

- **Estime** : est définit comme appréciation, l'opinion favorable qu'on porte sur quelqu'un ou quelque chose (Christiane, L, 2005, P. 432)
- **Soi** : désigne, en qualité de pronom réfléchi, représente un sujet déterminé, tout personne ou sa propre personne (Christian, L, 2005, P. 991).
- **L'estime de soi** : l'estime de soi selon (Moscovici) (1994) : l'image de soi est : l'ensemble des idées qu'un individu a sur lui-même, y compris sur son rôle (métier, classe scolaire...), ses traits de caractère et son corps. (Bloch et col, 1997, P 458).
- **Hémodialyse** : selon le dictionnaire Larousse de la médecine, l'hémodialyse est une méthode d'épuration du sang au moyen d'un rein artificiel. L'hémodialyse permet d'épurer le sang des déchets qui sont normalement éliminés dans l'urine, il consiste à mettre en contact à travers une membrane semi-perméable appelée dialyseur (ne laissant passer que les petites et les moyennes molécules) le sang du malade et un liquide dont la composition est proche de celle du plasma normal (dialysa). (La petite Larousse de la médecine, 2010, P.444).

3. Définition opératoire des concepts :

- **Estime de soi** : L'estime de soi, c'est ce que tu pense de toi, c'est une auto-évaluation de toi même .C'est l'opinion que tu as de se que tu es et de se que tu fais, la manière dont tu te vois et tu te juges. L'estime de soi est une valeur changeante et peut augmenter ou diminuer selon le regarde que tu porte sur toi même, selon des actions et leurs résultats, ainsi ; il est possible qu'elle soit très haute ou très basse selon les périodes de la vie.

a) Une faible estime de soi est caractérisée par :

- autocritique importante, créant un état habituel d'insatisfaction de soi.
- hypersensibilité au critique : un individu ayant une estime de soi basse se sent facilement attaqué et éprouve de façon permanente des ressentiments face aux critiques.
- indécision chronique ; souvent suite à une peur exagérée de faire une erreur.
- perfectionnisme, qui conduit à vouloir faire quelque chose parfaitement ou sans erreur (il se trouve inquiet), au risque notamment de causer une frustration.
- culpabilité, qui mène à des ruminations des erreurs faites dans le passé.
- irritabilité, ou constamment sur la défensive même sans raison apparente.
- pessimisme, point de vue négatif généralisé.
- envie.

b) Une forte estime de soi est caractérisée par :

- croyance ferme à ses propos et principes, toujours prêts à se défendre face à l'adversité et confiance en soi.
- capacité à faire les choix qui semblent corrects, sans culpabilité vis –à-vis des autres.
- capacité à aller de l'avant, sans se préoccuper des événements passés ou à venir.
- capacité à résoudre pleinement un problème, sans hésitation ni difficultés ; ils peuvent demander l'avis des autres.
- Considération, ne se sent ni inférieur ni supérieur aux autres et accepte les différences propres aux autres.

Le cadre générale de la problématique

- Admission et acceptation des opinions et avis partagés, qu'ils soient positifs ou négatifs.
- capacité à apprécier pleinement tout une variété d'activités.
- sensibilité aux besoins des autres ; respect général des lois sociales.

Hémodialyse : on veut dire par hémodialyse les patients ayant les signes suivantes et certain signes peuvent être révélateurs, dits (mauvaise tolérance) :

- Hypertension artérielle
- anémie
- L'épuisement
- l'essoufflement
- les nausées
- les œdèmes (gonflement au niveau des paupières des mains, des jambes, dus à une accumulation d'eau dans l'organisme).

C'est à ce moment que le médecin juge nécessaire de vous traiter par dialyse.

4-L'objectif de la recherche :

A partir de là s'émerge l'importance de notre recherche qui s'intitule : « l'estime de soi chez les patients hémodialysés ».

a-Effectuer notre stage pour obtenir un diplôme master II en psychologie clinique.

b-Évaluer l'estime de soi chez les patients hémodialysée dans le service d'hémodialyse de l'hôpital de KHERRATA.

c-décrire les contraintes cliniques au cours de l'hémodialyse périodique.

d-découvrir à quel point insuffisance rénale (IR) peut influencer sur leurs estimes de soi.

e-Evaluer les aspects psychologiques des patients dialysés.

f-voir la réalité de la relation existant entre les complications du l'insuffisance rénale(IR) et l'estime de soi du malade.

g-approfondir nos connaissances théorique et technique dans le domaine de la psychologie clinique.

Partie théorique

CHAPITE I :

Estime de soi

Estime de soi

Préambule

- 1- Définition de soi.
- 2- Apparition du concept de soi.
- 3- Définition de l'estime de soi.
- 4-acceptation de soi et l'estime de soi
- 5- La forme d'estime de soi.
- 6- Que permet l'estime de soi.
- 7- A qui sert l'estime de soi.
- 8- Les caractéristiques d'une personne qui s'estime.
- 9- Les caractéristiques et conséquences de manque d'estime de soi.

Conclusion

Préambule :

L'estime de soi est une dimension fondamentale de notre personnalité. Pour nous sentir bien dans notre peau, nous avons besoin d'être aimés et appréciés et de nous sentir compétents. Ce besoin de valorisation aux yeux des autres guide toutes nos activités. Porter un regard positif sur nous-mêmes est donc vital pour notre équilibre psychologique, car il nous donne le sentiment de sécurité interne nécessaire pour faire face aux difficultés de la vie. Un jugement négatif, par contre, entraîne des souffrances pouvant avoir des conséquences désastreuses sur l'épanouissement d'une personne et sur l'efficacité de ses actions.

1-définition de soi

Le concept de soi signifie dans l'acceptation courante la personne, ou l'individu qui se désigne lui-même. Il se réfère à la perception qu'une personne a d'elle-même et ses croyances sur elle-même.

Est selon le modèle développé par le psychologue « Morris Rosenberg » constitué de trois composants :

L'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle et les identités de soi

2-Apparition du concept de soi

Il s'acquiert par la communication interpersonnelle « l'image de soi est le produit de la façon dont nous croyons que les autres nous voient », ce postulat est admis par la plupart des sociologues, psychiatres et psychologues.

A la naissance, nous n'avons aucun sens de nous-mêmes, de notre soi. En grandissant, nous essayons d'« être » les gens qui nous entourent nous plaisent ou nous fascinent. nous les imitions et nous identifions à eux, l'enfant peut ainsi tester les comportements et prévoir des réponses, ces interactions le conduisent à avoir conscience du « je ». En retour il apprend ce qu'est bien ou mal, ce qu'il peut faire ou ne doit pas faire. avec l'âge, l'enfant n'a plus à jouer ces rôles extérieurement il peut les imaginer. BERLO dit qu'il ya « prise de rôle symbolique ». La façon dont les gens parlent de nous durant ces périodes façonne notre perception de nous-mêmes une vision positive rend l'enfant positif et optimiste, une vision négative rend l'enfant négatif et pessimiste.

Cela nous conduit fréquemment à agir en fonction de ce que nous pensons que les gens attendent de nous et pas en fonction de ce qu'ils attendent réellement de nous. On entre alors dans un processus infernal ou la mauvaise perception de soi conduit à des comportements inadaptés qui renforcent la mauvaise image de soi (les réactions confirment ce que nous pensons initialement).

Inversement une bonne perception de soi entraîne un processus positif de valorisation personnelle.

Exemple : processus négatif

→ Une personne qui se pense inintéressante a tendance à se refermer sur elle-même.

→ Étant refermée, les gens pensent qu'elle souhaite ou préfère la solitude, voire qu'elle trouve les autres ennuyeux.

→ De ce fait, ils ne vont pas vers elle.

→ Le fait que les gens ne viennent pas à elle la confirme dans le fait qu'elle est inintéressante. Cette confirmation amplifiera son désir d'être isolé.

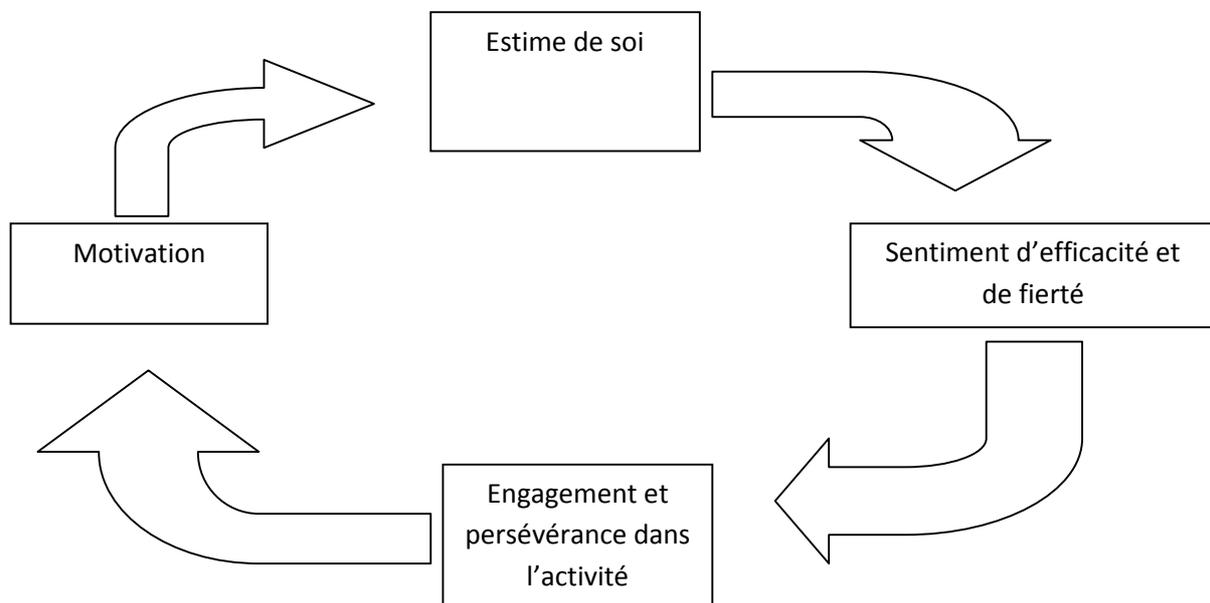


Figure 1 : apparition du concept de soi

Image de soi=la façon dont nous croyons que les autres nous voient.

→ nous agissons fréquemment en fonction de ce que nous pensons que les gens attendent de nous et pas en fonction de ce qu'ils attendent réellement de nous.

- L'estime de soi change par la communication interpersonnelle :

-La perception de soi n'est pas fixée une fois pour toutes. Elle évolue par nos rencontres et nos expériences.

-le sentiment de notre valeur provient de l'accomplissement de rôles sociaux.

(<http://www-c.terrier.com>)consulté le (20/01/2015 à 22 :30).

3-définition de l'estime de soi :

D'après le petit Larousse: l'estime de soi est « l'appréciation favorable que l'on peut avoir d'une chose ou d'une personne ».

l'estime de soi est l'évaluation positive de soi-même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humain, 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 évènements et aux défis de la vie.(Josiane de saint Paul,1999,P.20)

Dans l'usage commun, l'estime de soi signifie avoir une opinion favorable de soi même.

Nombreux sont les auteurs qui ont donné des définitions allant toutes dans ce sens.par exemple, pour Rogers, 1951, ce terme fait référence : « au degré selon lequel un individu s'aime, se valorise et s'accepte lui-même » (Rogers, 1951).de même Rosenberg(1965) a proposé une définition de l'estime de soi qui la considère comme étant une sorte d'attitude. Le concept d'attitude, un concept clé dans les sciences sociales, est défini principalement en termes de réaction émotionnelle ou évaluative ;elle constitue notre réaction d'approbation ou de désapprobation, d'amour ou désamour, pour des pratiques sociales, des habitudes de comportement, des catégories de personnes, des politiques, des figures politiques etc. Et c'est dans ce sens que Rosenberg a considéré l'estime de soi comme une attitude évaluative envers le soi « l'estime de soi, comme nous l'avons noté, est une attitude positive ou négative envers un objet particulier, à savoir, le soi...une haute estime de soi, telle qu'elle est reflétée dans les Items de notre échelle, exprime le sentiment qu'on est « suffisamment bien ».L'individu sent simplement qu'il est une personne de valeur ;il se respecte lui-même pour ce qu'il est, mais il ne peste pas en stupéfaction vis-à-vis de lui-même ni N'attend pas des autres qu'ils restent stupéfaits par lui.il ne se considère pas nécessairement lui-même comme supérieur aux autres. »(Rosenberg, p.30-31).

Définition de l'estime de soi proposée par Camp Bell(1984) résumé bien toutes ces idées : « l'estime de soi est la conscience d'être quelqu'un de bien »

Bref l'estime de soi est une évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne ou encor l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur, c'est-à-dire de son degré de satisfaction de lui même.

L'estime de soi se manifeste à travers :

-La connaissance de soi, connaître ses goûts, ses préférences, ses aptitudes et ses lacunes.

-le sentiment de compétence dans différentes sphères, reconnaître à leur juste valeur nos capacités, les activités qui sont faciles, qu'on fait bien, qu'on peut apprendre. Accepter sans se dénigrer les sphères ou on est moins compétent.

-le sentiment d'identité, se sentir entier, cohésif et reconnaître en quoi on est unique et différent des autres.

-l'opinion qu'on a de nous-mêmes, si on pense qu'on est une bonne personne ; notre évaluation de nos qualités et défauts, de nos compétences et lacunes ; ce qu'on pense qu'on mérite

-la façon de nous traiter nous-mêmes, en parole et en action ; ce qu'on se permet d'avoir, de faire (p.ex. des activités qu'on aime ; si on respecte nos besoins ; les droits qu'on se donne ; avoir prendre soin de soi quand on vit des épreuves).

-la façon qu'on permet aux autres de nous traiter, l'aisance à placer des limites aux autres à savoir se faire respecter, à s'affirmer adéquatement, à trouver un équilibre entre les besoins des autres et les nôtres ; la tolérance à la violence verbale et physique.

4-acceptation de soi et l'estime de soi

L'estime de soi résulte du regard que l'on porte sur soi.

Parfois nos actes ou nos propos ne correspondent pas à cette vision idéalisée ce cas, nous sommes déçus. Parfois nous cachons certains aspects de nous, de peur d'être rejeté ou nous créons un personnage plus conforme à notre être idéalisé.

Tout processus de communication, où l'être s'engage personnellement, se déroule en deux temps ; une étape où l'on s'expose personnellement et une autre étape de rétroaction.

Il faut l'accepter pour communiquer.

Estime de soi = ce que nous ressentons lorsque ce que fait correspond ou se

Rapproche de l'image que nous avons de nous –mêmes.

5-La forme d'estime de soi

L'estime de soi est le produit du jugement que nous portons sur nous-mêmes et suppose l'existence d'un concept de soi : une idée de qui je suis, et d'un idéal du 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 même ainsi que notre idéal du Moi.

Bien entendu, le nouveau-né ne vient pas au monde avec un concept de soi. Il n'est même pas conscient d'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 et fait de 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) .

6-Que permet l'estime de soi :

Le développement de notre estime de soi permet un sentiment de mieux être face à nous-même. L'estime de soi augmente notre sentiment de valeur et d'utilité

- Elle nous facilite les relations avec autrui, il est plus facile d'entrer en contact avec les gens

-Elle nous permet une plus grande sécurité émotionnelle, c'est-à-dire l'acceptation de nous-même une plus grande tolérance à la vie, aux frustrations

Elle nous donne une perception plus réaliste de nos aptitudes, de nos qualités elle nous permet une grande connaissance de nous-même un plus grand sens de l'humour et la capacité de rire de nous-même ce qui appartient

Une bonne estime de soi offre une meilleure perception de la vie en général certaines personnes se traitent comme si elles étaient leur propre ennemi il est important d'apprendre

Plutôt à se traiter comme on traite son meilleur ami et cela commence par la reconnaissance de sa propre valeur vous y gagnerez les autres aussi. ([http://www.acsm-ca.qc.ca/assets/estime de soi.pdf](http://www.acsm-ca.qc.ca/assets/estime%20de%20soi.pdf)) consulté le (22/05/2015 à 12 :00)

7- À quoi sert l'estime de soi :

Une des premières fonctions, et la plus facilement observable, de l'estime de soi, concerne la capacité à s'engager efficacement dans l'action. La notion de « confiance en soi », que l'on peut l'assimiler à une composante partielle de l'estime de soi, désigne ainsi le sentiment subjectif, chez un sujet donné, d'être ou non capable de réussir ce qu'il entreprend.

La plupart des études soulignent que les sujets à une basse estime de soi s'engagent avec beaucoup de prudence et de réticences dans l'action ; ils renoncent plus vite en cas de difficultés ; ils souffrent plus souvent de procrastination, cette tendance à hésiter et à repousser à plus tard toute prise de décision. Comme l'écrivait Jules Renard dans son Journal : « une fois que ma décision est prise, j'hésite longuement... ».

À l'inverse, les sujets à haute estime de soi prennent plus rapidement la décision d'agir, et persévèrent d'avantage face à des obstacles :

L'explication de ces différences tient entre autres à la perception des échecs : les sujets à basse estime de soi tendent à procéder face à l'échec à des attributions internes « c'est de ma faute », globales « cela prouve que je suis nul » et stables « il y aura d'autres échecs ». Tandis que leurs homologues à haute estime de soi vont le plus souvent recourir à des attributions externe « je n'ai pas eu de chance », spécifiques « je reste quelqu'un de globalement valable » et instables « après la pluie, le beau temps : des succès viendront ». Ces deux dynamiques s'auto-entretiennent.

La première pousse le sujet à basse estime de soi à entreprendre aussi peu que possible, par peur de l'échec, et donc à bénéficier moins souvent des gratifications de la réussite, donc à douter davantage, etc.

Tandis que la seconde incite le sujet à haute estime de soi, moins préoccupé par le risque d'échec, à multiplier les actions, qui peu à peu vont nourrir et consolider sa confiance en lui-même, et le pousser à renouveler ses initiatives.

Ces phénomènes ont été ainsi clairement étudiés chez les sujets timides, présentant une basse estime d'eux-mêmes : leurs évitements (rester en retrait, ne pas prendre d'initiatives) valident et consolident la médiocre image qu'ils ont d'eux-mêmes « je ne suis pas capable d'intéresser les autres » ; le moindre échec est vécu comme une catastrophe personnelle et sociale majeure, ruminé longuement, et ensuite utilisé comme frein à de nouvelles entreprises « souviens-toi de ce qui t'était arrivé lorsque tu as voulu agir... ».

Le souci de protéger son estime de soi explique aussi certains comportements surprenants : pourquoi une étudiante jusqu'alors bien notée ne révise-t-elle pas correctement ses examens, et échoue ? Pourquoi un jeune homme amoureux aborde-t-il la fille dont il rêve de manière grossière et après avoir bu, et se fait rabrouer ? Névroses d'échec ? Plutôt conduites d'auto-handicap : tout faire pour échouer peut représenter une stratégie paradoxale et plus ou moins inconsciente pour protéger l'estime de soi. Les sujets à basse estime de soi se disent qu'en cas d'échec, qu'ils anticipent, ils seront moins remis en question.

« Si elle avait mieux travaillé, elle aurait eu ses examens » est moins dévalorisant que : « elle a beaucoup travaillé, mais elle n'y est pas arrivée ». « Elle ne pouvait pas te tomber dans les bras de la manière dont tu t'y es pris... » Fait moins souffrir que : « tu as beau t'acharner, tu ne lui plais pas... ».

Et les sujets à haute estime de soi, anticipant au contraire un succès, pensent que celui-ci sera plus éclatant et prouvera encore mieux leur valeur s'il survient malgré l'impréparation ou la désinvolture. « Elle est vraiment brillante, elle a réussi ses examens en ne travaillant quasiment pas... » Ou « elle lui est tombée dans les bras alors qu'il n'avait rien fait pour cela... »

À côté des manifestations comportementales de l'estime de soi, existent également des phénomènes cognitifs d'auto-évaluation. Comme le notait amèrement Jules Renard dans son journal : « D'expérience en expérience, j'en arrive à la certitude que je ne suis fait pour rien... » Tout individu procède à des auto-évaluations incessantes et en grande partie inconscientes, et ces phénomènes sont étroitement liés à l'estime de soi. On a montré que les sujets à basse estime de soi, lorsqu'ils sont invités à se décrire, se montrent prudents et hésitants, abusant de la nuance jusqu'au flou.

Ces difficultés sont moins tranchées lorsqu'ils sont amenés à décrire des proches, et sont donc spécifiques de leur regard sur eux-mêmes. Ils préfèrent des qualificatifs neutres aux positifs (que choisissent plus volontiers les sujets à haute estime de soi) ou aux négatifs (préférés par les déprimés).

Les sujets à haute estime de soi par contre parlent d'eux en termes plus tranchés et plus affirmatifs, et se montrent moins dépendants de leur interlocuteur : ils peuvent ainsi affirmer « je déteste l'opéra » au milieu d'un groupe de mélomanes... L'estime de soi est étroitement impliquée dans le concept de soi. Mais cette implication est fortement biaisée :

Bien que les sujets à haute estime de soi se considèrent en général plus intelligents ou plus attirants que ne le font ceux à basse estime de soi, les études montrent qu'il n'existe en fait aucune corrélation entre estime de soi et QI ou sex-appeal... (Christophe, A, 2005, P. 29).

Ces « biais d'illusions positives » sont sans doute bons pour le moral des personnes à haute estime de soi. Car un autre rôle fondamental de l'estime de soi est peut-être de favoriser notre bien-être émotionnel : le bien-être et la stabilité émotionnelle d'un sujet sont en effet très dépendants de son niveau d'estime de soi.

Confrontés à un échec, les étudiants à haute estime de soi vont présenter des réactions affectives immédiates (tristesse et désarroi) d'intensité équivalente à celle de leurs congénères à basse estime de soi. Par contre, elles dureront chez eux nettement moins longtemps : le sillage émotionnel de l'échec perturbera moins leurs attitudes ultérieures. On a également pu montrer que les affects de base étaient plus souvent négatifs en cas de basse estime de soi ; en psychiatrie, plusieurs études ont confirmé le lien entre basse estime de soi et risque dépressif.

La faible estime de soi est aussi l'un des symptômes de la dysthymie, trouble de l'humeur caractérisé par un état dépressif peu intense mais d'évolution chronique sur plusieurs années. Des travaux sur la stabilité de l'estime de soi (autre dimension importante, à côté de son niveau) ont montré que les sujets à estime de soi instable, très dépendante des événements extérieurs, étaient plus souvent victimes d'états émotionnels à polarité négative (peur, colère...) que ceux dont l'estime de soi était plus stable et résistante.

Enfin, l'estime de soi a pu être comparée à un véritable « système immunitaire du psychisme » : tout comme notre immunité biologique nous protège des agressions microbiennes ou virales, une des fonctions de l'estime de soi serait de nous protéger de l'adversité. Des travaux récents ont ainsi souligné que les sujets à basse estime de soi faisaient moins d'efforts pour « se remonter le moral » après un revers.

Après avoir été mis en échec en situation expérimentale, ils vont moins souvent choisir de regarder un film amusant que les sujets à haute estime de soi, alors qu'ils considèrent par ailleurs que cela leur ferait sans doute du bien. Cette spirale négative représente un problème très courant en psychopathologie : les thérapeutes observent souvent que ce sont précisément les patients les plus fragiles qui ont recours aux stratégies de réparation les moins adaptées.

Les psychanalystes parlaient à ce propos de « névrose d'échec », mais on est aujourd'hui plus prudent sur les motivations éventuelles de ce type de comportements contre-productifs. Peut-être que cette relative complaisance des sujets à basse estime de soi, ce « désir de rester triste » comme ils l'expriment parfois, est due à un sentiment de familiarité avec les émotions négatives habituellement ressenties : on se reconnaît alors davantage dans la morosité que dans la satisfaction, on y est au moins en terrain de connaissance...

Comme le notait Cioran : « La seule manière de supporter revers après revers est d'aimer l'idée de revers. Si on y parvient, plus de surprises : on est supérieur à tout ce qui arrive, on est une victime invincible ». Peu confortable à vivre si l'on n'est pas un grand esprit... (Christophe, A, 2005, P. 30).

8-Les caractéristiques d'une personne qui s'estime

De nombreux auteurs se 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'elles-mêmes, des autres et du monde. Ils ont inventorié leurs croyances, et ce qu'elles font.

Nous avons déjà parlé de certaines de ces caractéristiques. D'une façon générale, les personnes considérées pensent qu'elles ont de la valeur et qu'elles sont dignes d'être aimées et d'être heureuses. De plus, elles se sentent « compétentes ». Non qu'elles soient persuadées de savoir tout faire ou de pouvoir tout 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.

En ce qui concerne leur attitude par rapport aux autres, elles se sentent leurs 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, calmes, coopératives, sociables et bienveillantes envers leurs semblables. En effet, n'ayant rien à prouver, ni à elles-mêmes ni aux autres, et ne craignant pas le jugement d'autrui, elles sont libres d'apprécier le moment sans préoccupation parasites. Elles savent aussi très bien écouter. En effet, 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. En revanche, elles se respectent et n'hésitent pas à s'affirmer et à affirmer leurs opinions si nécessaire. (Josiane de saint Paul, 1999, P.21).

Dans leur ouvrage : *enhancing self esteem* (augmenter l'estime de soi), Diane Frey et Jesse Carlock font le lien entre les personnes qui se réalisent (*self-actualized persons*), telle que Maslow les décrit, et les personnes qui ont une estime de soi positive. En voici les caractéristiques : elles sont réalistes ; elles acceptent les autres comme ils sont et le monde tel qu'il est. Spontanées, leur appréciation des autres est faite sur le moment plutôt qu'à partir de stéréotypes ; autonomes et indépendantes, elles semblent détachées et ressentent le besoin d'un jardin privé. Elles se concentrent sur les tâches à accomplir plutôt que sur elles-mêmes et ne confondent pas la fin avec les moyens. Elles s'identifient avec le genre humain et beaucoup d'entre elles ont une expérience mystique ou spirituelle, bien que pas nécessairement religieuse. Elles ne cherchent pas obligatoirement à se conformer à la culture ambiante, elles ont en outre des valeurs et des attitudes démocratiques. Si toutes font preuve de créativité et de sens de l'humour, ce dernier est philosophique et non hostile. Enfin, elles choisissent d'avoir des relations profondes avec quelques personnes qu'elles aiment et avec lesquelles elles entretiennent un lien émotionnel privilégié, plutôt que des relations superficielles. (Josiane de saint Paul, 1999, P.22).

On aurait tort de croire que de telles personnes sont « parfaites », n'ont jamais aucun problème ou savent les résoudre sur le champ. Une personne qui a une bonne estime d'elle-même est réaliste. Elle sait très bien que nul n'est parfait et elle reconnaît ses limites. Elle s'accepte d'autant mieux ainsi qu'elle sait qu'elle est perfectible et qu'elle a du plaisir à avancer sur le chemin de son développement personnel. Elle peut, comme beaucoup d'autres, se sentir sous pression, déprimée ou anxieuse. Elle est seulement mieux armée pour s'en remettre rapidement car elle décide, consciemment ou inconsciemment que c'est un passage et elle compte sur ses ressources pour s'en sortir. Si elle n'est pas satisfaite de la façon dont elle a géré une situation, elle n'en profite pas pour se dévaloriser en tant que personne ou pour invoquer son manque de chance, ou pour blâmer les autres, mais elle réfléchit à ce qu'elle a appris en traversant cette épreuve et en tire des conclusions sur la manière de s'y prendre la prochaine fois dans des circonstances similaires. (Josiane de saint Paul, 1999, P.22.2-3)

9- Caractéristiques et conséquences du manque d'estime de soi :

Dans la mesure où il est une composante importante de notre personnalité, le niveau de notre estime de soi est nécessaire. Des conséquences profondes dans tous les domaines de notre vie : les décisions que nous prenons, les amis que nous choisissons, le type de relations que nous entretenons avec les autres, nos relations sentimentales. De plus, il a un retentissement sur nos attentes et par là 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. (Josiane de saint Paul, 1999, P.23.24).

A l'inverse, le manque d'estime de soi semble être un obstacle majeur pour l'un comme pour l'autre.

Pour vivre dans de bonnes conditions dans un monde en perpétuel changement, il est nécessaire de s'adapter en permanence. Or, les personnes qui manquent d'estime de soi souffrent de difficultés d'adaptation. Dans la mesure où elles ne savent pas si elles peuvent compter sur elles-mêmes, les changements leur font peur et elles se montrent souvent rigides et contrôlantes.

Une autre façon de se protéger du changement est de fuir ou d'en laisser la responsabilité aux autres. Ainsi, ce sont eux qui seront à blâmer si les choses tournent mal.

En outre, une caractéristique commune aux personnes qui manquent d'estime de soi est la difficulté à admettre leurs erreurs.

Il est facile de comprendre que, si nous croyons qu'elles signalent notre peu de valeur, il vaut mieux refuser de les reconnaître ou même de les voir : le déni peut être à usage externe (je sais mais je mens pour me « protéger »), mais le sujet peut aussi ne pas remarquer consciemment qu'il a fait une erreur (ici aussi, ce sont les circonstances ou les autres qui sont responsables). Il en résulte une impossibilité à les corriger et, par conséquent à apprendre à faire autrement à l'avenir.

Pour les mêmes raisons, un sujet manquant d'estime de soi se montrera aisément défensif. Même s'il n'a commis aucune erreur, même si ce qui lui est dit n'est en rien dévalorisant, il a souvent tendance à interpréter les choses de telle façon qu'on appelle une projection.

Le manque d'estime de soi peut aussi se manifester par le désir d'avoir raison, ce qui suppose que l'autre à tort. Le but est de se rassurer sur ses compétences intellectuelles, sa valeur morale. IL en résulte une vision du monde en termes binaires : IL faut que l'autre ait tort pour que j'aie raison, s'il gagne, je perds, s'il est intelligent, je suis stupide, s'il a « tout », je n'ai « rien » Bien entendu, de telles croyances entraînent hostilité et agressivité. Ces sentiments peuvent apparaître sous forme de piqués, d'ironie, de sous-entendus, de bouderies, de mauvaise humeur chronique, être exprimés ouvertement ou au contraire réprimés, niés et se transformer en une gentillesse et un désir de plaire si marqués qu'ils peuvent parfois irriter l'interlocuteur ou le mettre mal à l'aise. (Josiane de saint Paul, 1999, P.25).

Ainsi, la personne manquant d'estime de soi risque fort d'osciller entre ce qu'elle croit être la conformité au désir de l'autre et une rébellion contre ce désir. A moins qu'elle n'adopte l'une ou l'autre de ces attitudes comme mode de relation privilégié aux autres et au monde. Bien entendu, ce type de comportement est un obstacle qui l'empêche de se centrer sur des buts personnels, propres à satisfaire ses valeurs et sur les actions à mener à bien pour y parvenir. Nous avons déjà dit que les buts, les comportements et les accomplissements eux-mêmes sont souvent destinés à se rassurer en « prouvant » sa valeur aux autres et à soi-même.

L'une des conséquences les plus désastreuses du manque d'estime de soi est probablement les problèmes de communication qu'il engendre. Ayant peur d'être « découvert », critiqué, jugé, le sujet ne livre pas facilement ses idées, ses sentiments, ses désirs. Il peut même affabuler dans le but de se valoriser (la mythomanie et la mégalomanie sont souvent des signes de manque d'estime de soi). Il en résulte une difficulté à communiquer et en particulier à communiquer de façon honnête, ouverte et, bien entendu, intime. (Josiane de saint Paul, 1999, P.26).

C'est ainsi que de graves difficultés se posent dans les relations amoureuses lorsque le manque d'estime de soi est important. Incapable de s'aimer lui-même, les sujets ont beaucoup de mal à aimer réellement l'autre. Il cherche un miroir favorable qui lui renvoie de lui une image positive, aimable. Certains sujets narcissiques recherchent un partenaire valorisant (beau, célèbre, fortuné, érudit... En fonction de leurs critères personnels), d'autres ont une si piètre opinion d'eux-mêmes qu'ils sélectionnent, au contraire, des personnes très défavorisées (toujours à leurs yeux), de telle façon qu'ils ont l'impression de leur être supérieur.

Un autre problème est qu'ils ont beaucoup de mal à croire à l'amour de l'autre (« comment peut-on aimer une personne telle que moi ? »). Tant qu'ils doutent de cet amour, ils vivent dans une insécurité permanente : la jalousie malade est très souvent la conséquence d'un manque d'estime de soi. S'ils sont enfin certains des sentiments qui leur sont, ils risquent fort de dévaloriser la personne qui les aime (« Si elle aime vraiment quelqu'un comme moi, c'est qu'elle-même ne vaut pas grand-chose ! »). Cette attitude est illustrée par le mot d'esprit

célèbre de Groucho Marks : « Je ne voudrait pas faire partie d'un club qui m'accepterait pour membre » ! Ce n'est paradoxal qu'en apparence.

Pour conclure, il convient de rappeler trois points. Le premier est le suivant : dans la mesure où l'estime de soi est une évaluation des diverses caractéristiques qui composent notre perception de nous-mêmes, il est possible d'avoir une bonne estime de soi dans un domaine et une moins bonne dans un autre. Le second point est également essentiel : il faut se garder d'évaluer l'estime de soi, même domaine par domaine, avec une mesure binaire : blanc ou noir, présent ou absent. Nos évaluations sont plus nuancées. Si l'on sait bien observer et décrire les signes de l'estime de soi et de la confiance en soi, et si l'on connaît aussi ceux qui indiquent leur absence, les uns comme les autres sont nombreux. Pour rendre les choses claires et les présenter de façon à permettre l'action, nous devons déterminer quels en sont les critères fondamentaux, ceux qui sont à la fois nécessaires et suffisants pour générer l'estime de soi et permettre à la confiance en soi d'apparaître. (Josiane de saint Paul, 1999, P27).

Conclusion :

En conclusion : on peut dire que ce n'est pas en demeurant assis sur nos lauriers, ou en attendant les événements que nous gagnons notre estime, c'est en la méritant avoir une bonne estime de soi peut souvent apparaître comme une tâche insurmontable, mais elle ne l'est pas puisque nous pouvons nous y attaquer par un grand nombre de portes, il suffit de relever un défi de nous respecter de vivre en étant à la hauteur de nos valeurs pour la conserver ou la rehausser, en somme nous agissons continuellement sur cette importante dimension de la qualité de notre existence, par nos choix et nos actes, nous avons toujours le pouvoir de l'améliorer ou de la détériorer.

Chapitre II :

Hémodialyse

L'hémodialyse

Préambule

Hémodialyse : aspect médicale

I-le rein

I-1-définition

I-2-l'anatomie-physiologie

I-3-les différentes fonctions de rein

II-insuffisance rénale(IR)

II-1-définition

II-2-les types de l'insuffisance rénale

-l'insuffisance rénale aiguë (IRA)

-l'insuffisance rénale chronique (IRC)

II-2-1-insuffisance rénale aiguë (IRA)

II-2-1-1-définition de l'insuffisance rénale aiguë

II-2-1-2-les causes de l'insuffisance rénale aiguë

II-2-1-3-les types de l'insuffisance rénale aiguë

II-2-1-4-le traitement de l'insuffisance rénale aiguë

II-2-2-insuffisance rénale chronique

II-2-2-1-définition de l'insuffisance rénale chronique

II-2-2-2-les symptômes de l'insuffisance rénale chronique

II-2-2-3-les causes de l'insuffisance rénale chronique

II-2-2-4-les différents types de l'insuffisance rénale chronique

II-2-2-5-le traitement de l'insuffisance rénale chronique

5-1-l'hémodialyse(HD)

5-1-1-historique de l'hémodialyse

5-1-2- les principes d'hémodialyse

5-1-3- matériel d'hémodialyse

5-1-4- les complications d'hémodialyse

5-1-5-les abords vasculaires

5-2-dialyse péritonéale(DP)

5-2-1-définition de dialyse péritonéale

5-2-2- les principes de dialyse péritonéale

5-2-3-les différentes types de dialyse péritonéale

5-2-4- les complications de dialyse péritonéale

Conclusion

L'hémodialyse : aspects psychologiques et sociaux

Préambule

1 - la mort, l'angoisse chez la personne dialysée

2 les signes cliniques de la dépression chez la personne dialysée

3-le problème du rapport au temps chez la personne dialysée

4-le régime et les contraintes alimentaires chez la personne dialysée

5-les remaniements de l'image du corps chez la personne dialysée

6-dysfonctionnements sexuels chez la personne dialysée

7-le problème de l'effraction chez la personne dialysée

8-réflexion sur les déférents mondes de prise en charge

9-le problème de l'accompagnement en fin de la vie

10-le rôle des soignants

11-la transplantation rénale et l'attente de la transplantation

12-observance du traitement immuno supprimeur

Conclusion

Préambule

La maladie rénale chronique (MRC) est fréquente et longtemps silencieuse. Le dépistage ciblé de la MRC dans les populations à risque a pour but d'éviter ou de retarder le passage au stade terminal de l'insuffisance rénale nécessitant un traitement de suppléance (dialyse ou greffe rénale) et de réduire les complications associées, principalement cardiovasculaires. Sa progression peut être ralentie par un traitement réalisable dans le cadre de la médecine générale.

L'hémodialyse : aspect médical.**I-le rein :****I-1. définition :**

Les reins sont des organes pairs, situés dans la cavité abdominale, en arrière du péritoine, de part et d'autre du rachis.

Les reins sont les deux organes situés dans la partie postérieure de l'abdomen au niveau des régions lombaires, effectuant de très nombreuses fonctions dans l'organisme. Bien qu'il soit possible de vivre normalement suite à l'ablation d'un rein ; ces organes assurent néanmoins des fonctions essentielles comme l'élimination de déchets toxiques après filtration du sang, qui seront évacués dans l'urine. (Pierrick, H, 2014).

I-2 .L'anatomie –physiologie :

Les reins sont des organes vitaux, leur rôle est purifier le sang : ils éliminent les déchets qui proviennent du fonctionnement de l'organisme et maintiennent l'équilibre chimique du sang.

Quand les reins ne fonctionnent plus ces déchets s'accumulent dans le sang et deviennent toxiques. Les reins exercent cette fonction par la fabrication de l'urine.

Les variations de sa composition, en fonction de la quantité d'urine émises (diurèse) et de l'alimentation peuvent être considérables.

Situés de chaque côté de la colonne vertébrale, en partie cachés par les dernières côtes, chacun des deux reins mesure 12 cm de haut sur 6 cm de large grossièrement de la taille d'un point avec une forme de haricot.

Chaque rein pèse environ 150 grammes, droit situé en arrière de la foie, gauche situé en arrière du pancréas et de la partie inférieure de la rate.

Le sang est amené par une artère rénale qui vient de l'aorte abdominale .
Après avoir traversé la masse de rein, le sang est évacué par une veine rénale qui va déboucher dans la veine cave inférieure.

De chaque rein part un canal excréteur, d'abord large (le bassin) puis fin (l'uretère : qui va amener dans la vessie l'urine fabriquée par le rein .(rein-échoc.fr/-ancienne_version/WP.../cours-FORMA-texte.pdf) consulté le (19/01/2015 à 12 :49).

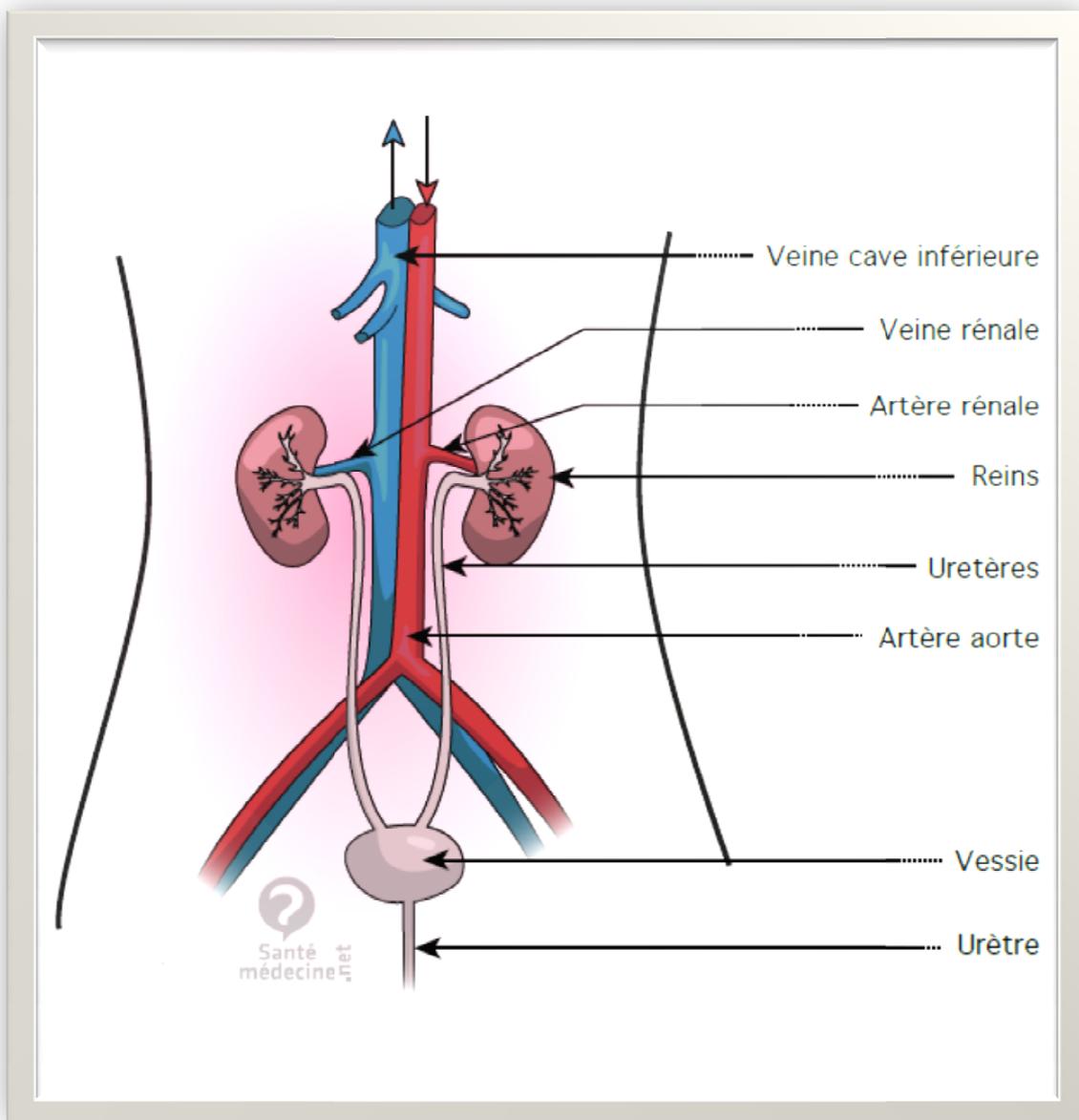


Figure -2- La place du rein dans le corps humain .anatomie macroscopique.

I-3 : les différentes fonctions de rein :**a) éliminer le déchet et l'eau :**

Les reins éliminent et le liquide en excès recueillis par le sang est transporté par celui-ci dans l'organisme. Environ 190 litre de sang entrent chaque jour dans les reins par les artères rénale. Des millions de minuscules filtres situés à l'intérieur des reins appeler glomérules, séparent les déchets de l'eau de sang

La plupart de ses substance indésirable préviennent de se que nous mangeons et buvons .les reins éliminent automatiquement la bonne quantité de sel et d'autres éléments minéraux de sang pour nous laisser que de petite quantité dont l'organisme a besoin.

Le sang nettoyé retourne au cœur et est remis en circulation dans l'organisme.

Les déchets et le liquide en excès quittent les reins sous forme d'urine. L'Urine est stockée dans la vessie jusqu'à se que celle-ci soit pleine, puis quitte l'organisme par l'urètre.

La plupart des gens évacuent environs 2litres d'urine par jour.

b) équilibrer la quantité de liquide :

Chez les femmes, la teneur en liquide est d'environ 5% du poids totale et chez les hommes, elle se stabilise à environ 60% de poids total.

Les reins maintiennent proportions en équilibrant la quantité de liquide qui quitte l'organisme para port a la quantité qui y entre.

Le liquide est apporté dans notre organisme par les boissons ainsi que par les aliments a forte teneur en liquide tel que soupes.

Si nous buvons beaucoup, les reins en bonne santé éliminent le liquide en excès et la quantité d'urine est importante.si nous ne buvons pas beaucoup les reins conservent se liquide et nous urinons peu.

Quand les reins ne fonctionnent plus correctement, il devient plus difficile de maintenir cette iquilibre.la personne peut alors présenter des symptômes de surcharge liquidiens. Il

devient alors nécessaire de surveiller son alimentation et ses apports liquidiens afin de maintenir l'équilibre hydrique.

c) réguler la pression artérielle :

Les reins fabriquent des hormones telles que la rénine et l'angiotensine .ces hormones régulent la quantité de sodium et de liquide conservé par l'organisme et la manière dont les vaisseaux sanguins se dilatent et se contractent. Ce phénomène aide à la régulation de la pression artérielle.

Deux processus de régulation interviennent :

- Quantité d'eau dans l'organisme : si la quantité d'eau présente dans l'organise est trop importante la PA augmente. Si, au contraire la quantité d'eau est trop faible, PA chute.
- Largeur des artères : le diamètre des artères évolue constamment plus elles sont étroites, plus la PA est élevé.la rénine aide a contrôler rétrécissements des artères .souvent les reins défailants fabriquent trop de rénine ce qui entraine une HTA.

d) aider à la fabrication des GR :

les rein produisent une hormone appelée érythropoïétine(EPO)qui est conduite par le sang vers la moelle osseuse , ou elle stimule la production de GR.ces dernier transportent l'oxygène dans l'organisme.

La diminution de la production d'EPO les reins malades a pour conséquence une baisse de la fabrication des GR et le développement d'une anémie, responsable d'un état de faiblesse, d'une fatigue, d'une sensation de froid et de difficultés respiratoires.

e) maintenir les os sains et solides :

Les reins entretiennent la solidité des os grâce à la production de hormone calcitrol.se lui ci maintien un taux adapter de calcium et de phosphate dans le sang et dans les os .l'équilibre en calcium et en phosphate et important pour la santé osseuse.

Le rein aide également l'organisme à utilisé la vitamine D.

Un dysfonctionnement rénal peut conduire à une production insuffisante de calcitrol .il découle un taux anormal de phosphate, de calcium et de vitamine D a l'origine d'une

ostéodystrophie rénale. (rein-échoc.fr/-ancienne_version/wp.../cours-FORMA-texte-pdf) Consulté le (12/01/2015 à 12 :49).

II-INSSUFFISANCE RENALE(IR) :

II-1 .Définition de l'insuffisance rénale :

L'insuffisance rénale est définie comme une diminution du pouvoir épurateur des reins et correspond donc à une diminution du nombre de néphrons fonctionnels. En pratique, elle se avante tout par une diminution de la clearance de créatinine. Il faut, cependant, savoir que chaque néphron a un pouvoir d'adaptation tel qu'il peut largement modifier son débit glomérulaire selon la demande (ce qui explique que les valeurs normales de clearance de créatinine peuvent passer de simple ou double). C'est ainsi que lorsqu'un néphron n'est plus fonctionnel, son voisin peut à lui seul entièrement compenser une diminution de 50% du nombre de néphrons fonctionnels n'aura donc aucune expression biologique. Exemple plus caractéristique et celui des individus porteurs d'un rein unique à la suite d'un don d'organe : la clearance de créatinine reste dans les limites de la normale. (Radermacher, L, 2004, p14).

II.2. Les types de l'insuffisance rénale : On définit deux types d'insuffisance rénale :

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

II.2.1. L'insuffisance rénale aiguë (IRA).

II .2.1.1 définition de l'insuffisance rénale aiguë:

Elle se produit lorsque les reins cessent subitement de fonctionner. Cet état est souvent temporaire. La cause peut être une maladie, une blessure grave ou soudaine, ou encore la présence de substances chimiques toxiques. Le traitement par dialyse peut aider le patient jusqu'à ce qu'il recouvre sa fonction rénale. (rein-échoc.fr/-ancienne_version/WP.../cours-FORMA-texte.pdf) consulté le (19/01/2015 à 12 :49).

L'IRA correspond à un arrêt brutal de la fonction de la plupart des néphrons qui, au départ fonctionnaient plus ou moins normalement. la clearance de créatinine est, alors, brutalement portée à 0 ou presque. la première manifestation sera alors l'Oligo-anurie.

S'ensuit :

- une évaluation rapide (en quelques heures) des taux de créatinine et durée.
- un état de surcharge hydro sodée progressif pour autant que l'apport exogène d'eau et de sel ne soit pas interrompu (élévation des pressions veineuses centrales, HTA, œdèmes périphérique, dyspnée puis OAP).
- une hyperkaliémie avec hyperventilation, torpeur puis coma.

Production rénale d'Erythropoïétine et au déficit d'activation de la vitamine D exposition 1-Alpha, sont généralement absentes aux phases subaiguë elles apparaissent progressivement seulement si la situation se prolonge au-delà d'une semaine. (Radermacher, L, 2014, p.15)

Insuffisance rénale aigue est la défaillance brutale (quelque heures à quelque jours) des fonctions rénale qui se traduit par une augmentation rapide de l'urée et de la créatinine sanguine (rétention de déchets azote) elle traduit la perte de l'homéostasie hydro électrolytique et acido-basique et /ou l'accumulation de déchets organiques.(néphrologie, collège universitaire des enseignants de néphrologie.

II.2.1.2.causes de l'insuffisance rénale aigue :

Sont plus restreintes que celles de L'IRC. On distingue des causes :

- Pré glomérulaires ou « pré rénales » (tout état de choc, thrombose ou claudication prolongée de l'aorte sus-rénale ou des deux artères rénales, sténoses bilatérale des artères rénales traitées par LEC).
- Intra glomérulaires (glomérulonéphrite aigue, éclampsie, CDVD).
- Tubulaires (nécrose tubulaire aigue post-ischémique, toxique (Métaux lourds, produit de contraste radiologique).
- Post rénales (syndrome obstructif).(Radermacher, L,2004,p.15)

II.2.1.3. les types de l'insuffisance rénale aiguë :

On distingue : selon le mécanisme étiologique :

a) IRA pré rénale ou IR Fonctionnelle :

Conséquence d'une hyperhydratation rénale (IRA fonctionnelle).

b) IRA rénale secondaire à une lésion touchant un ou plusieurs composants du tissu rénal (IR organique) première cause tubulaires aiguës, toxique ou chimiques.

c) IRA post rénale ou obstructive : due à un obstacle sur les voies urinaires (IRA obstructive) les voies excrétrices ou intra tubulaires.

Selon la diurèse:

a) IRA à diurèse conservée : diurèse supérieure à 500 ml/g.

b) IRA Oligo-anurique : diurèse 500 ml/24h/ou 20 ml /h. ([Http://www- santé, UHF- grénoble.fr / santé/](http://www.santé.uhf-grénoble.fr/santé/)) Consulté le (09 /04/2015 à 10 :30).

II.2.1.4. Traitement insuffisance rénale aiguë :

a) suppression ou traitement de la cause :

- Médicament.

- lever de l'obstacle.

- réhydratation, traitement du choc.

b) Traitement symptomatique et prévention des complications :

- diurétique à forte dose précoces si IRA organique.

- prévention et traitement de l'hyperkaliémie et de l'acidose.

-apports et hydro sodé adapté à la perte. .

c) –prévention de l'hémorragie digestive. .

indication d'EER : en urgence

-si trouble métaboliques et/ ou surcharge volumiques dialysable.

- si toxique dialysable.

Discuter dans les cas suivants sans urgence et en fonction du contexte.

- urée > 30 umol/L.

- créatinine > 700 umol/L.

- K⁺ > 5.5 Umo/L.

d) Traitement spécifique (en milieu spécialisé)

II.2.2. insuffisance rénale chronique :

II.2.2.1. définition de l'Insuffisance rénale chronique :

Ce définit par une diminution prolongée, voire définitive des fonctions rénales exocrines et endocrines elle s'exprime essentiellement par une diminution de la filtration glomérulaire (FG) avec augmentation créatinémie et de l'urée sanguine (urine) par diminution de la clearance de la créatinine elle peut aboutir à l'insuffisance rénale terminale (IRT) qui nécessite une suppléance (épuration extra rénale (EER) par hémodialyse ou dialyse péritonéale et/ou par transplantation rénale. (<http://www.santé-ujf-grenoble.fr/santé/>) consulté le (09/04/2015 à 15:12).

elle se produit lorsque les reins perdent progressivement leur capacité à accomplir leurs fonctions les IRC ne sont pas toujours connus mais il est certain que divers facteurs tels que le diabète et une PA élevée, augmentent les risques d'IR. (rein-échoc.fr/-ancienne_version/WP.../cours-FORMA-texe.pdf) Consulté le (19/01/2015 à 12:49).

II.2.2.2. les symptômes de l'Insuffisance rénale chronique

: peuvent être variables :

- un surcharge hydro sodée (HTA, dyspnée œdèmes)

- une anémie (asthénie)

- Aux troubles du métabolisme phosphocalcique (douleur ostéoarticulaires, crise de pseudo-goutte, prurit)

- A l'accumulation d'acide urique (crise de goutte)

- A l'accumulation de potassium (trouble de rythme cardiaque avec bradycardie et syncopes, paralysie musculaire)

- Al 'accumulation d'acide organiques et inorganiques (asthénie, douleurs et crampes musculaires somnolence) .
- A l'accumulation de « moyennes molécules »(poly neuropathie généralement des membres inférieurs se manifeste par des douleurs ,des crampes musculaires ,des paresthésies, des impatiences et une fatigabilité musculaire accrue ;péricardite avec précordialgie modulée par la respiration ,dyspnée, prurit).Au stade ultime apparait un état de torpeur puis un coma dite urémique, si les manifestations liées à la surcharge hydro sodée(OAP, encéphalopathie, HTA et hémorragie cérébrale) n'ont pris le devant .(Radermacher,L ,2004,p.14)

II.2.2.3.Les causes de l'Insuffisance rénale chronique : sont très diverses :

- infectieuses (pyélonéphrite chronique).
- toxique (phénacétine, métaux lourds).
- immunologique (lupus érythémateux, purpura rhumatoïde, maladie de Wegener, maladie de berger, syndrome de good Pasture, glomérulonéphrites primitives).
- héréditaires (polykystose, maladie d'alport).
- métabolique (hypokaliémie chronique, oxalose, cystinose, néphrocalcinose, syndrome de Lesch nyhan, amyloïdes)
- endocrines (diabète, hyperparathyroïdie primaire). (Elaine,N, 1999, P.1002)
- néoplasique (hypernéphrome, métastases, myélome, lymphome).
- vasculaire (HTA, embolies). (Radermacher, l, 2004, p.15)
- les maladies des voies excrétrices (calices, bassinet ,uretère,vessie),congénitales(malformation, par exemple) ou acquises(tumeur de la vessie ,par exemple).(Larousse Médical,2000 ,P. 541) .

II.2.2.4. les différents types de l'insuffisance rénale chronique :

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

II.2.2.5. traitement de l'insuffisance rénale chronique :

5-1-L'hémodialyse(HD) :

consiste à éliminer les déchets toxique et la surcharge en eau de l'organisme on filtrant le sang. L'épuration de sang se fait par l'intermédiaires d'un rien artificielle, encore appelé dialyseur qui fait office de filtre et d'un liquide de dialyse (dialysat).

Pour cela une «machine» d'hémodialyse appelée générateur, est nécessaire .ainsi, le sang sera aspiré au moyen d'une pompe dans un circuit externe épuré et réinjecté au patient. le recours a cette technique nécessite avant (quand cela est possible), la création d'un abord vasculaire permanent, appelé fistule artério-veineuse(FAV).

Réalisée chirurgicalement, cette intervention consiste à mettre en communication une artère et une veine a fin d'obtenir un débit important .la veine artérialisée va progressivement se développé sous l'effet de la pression artérielle. Elle va se dilater (en tris semaine environ) et pourras ponctionnée.

Est ce qu'on appelle une méthode suppléance rénale, c'est à dire une technique permettant de survivre avec des reins qui ne fonctionnent plus ou presque plus elle permet de débarrasser le sang des déchets et de l'eau normalement éliminés par les reins et réalisé ainsi une épuration extra rénale de l'organisme.

(http://www.socnephrologie.org/PDF/epro/référence/marchea/infos/ficheinfo_hemodialyse.pdf) Consulté le (14/02/15 à 17 :20). C'est une méthode très efficace qui permet une bonne épuration en quelque heur et le plus souvent trois séances d'hémodialyse de 3à4heurs par semaine sont suffisante pour maintenir un bon état général (pallot, J, L, 2007, p.2)

Le terme veut dire « épuration du sang »et c'est exactement ce que ce traitement permet de faire .il consiste à faire passé le sang de l'organisme dans un rein artificiel par l'intermédiaire d'un appareil appelé« dialyseur ».

5-1-1 -historique de l'hémodialyse :

C'est en 1854 que le chimiste écossais thomas Graham met en application les travaux relatifs

Au transfert d'un solvant et de solutés au travers d'une membrane semi-perméable, effectues des le début du XIXe siècle par le physiologiste français Henri Dutrochet. Le principe de l'hémodialyse est une membrane, même artificielle, laisse passif l'urée, petite

molécule déchet de fonctionnement de l'organisme, mais se comporte comme une barrière infranchissable pour les grosses molécules biologique comme le fait le rien.

En 1915 la première hémodialyse tentée sur un humain est réaliser en Allemagne par le docteur George Haas.

En 1922 découvertes de l' héparine : elle sera utilisée par injection dans le circuit sanguin comme anticoagulant à partir de l' année 40.

En 1937 le professeur allemand W taminier constate que la cellophane, matériaux cellullosique se révèle être une excellente membrane de dialyse.

1943 On attribue au doter néerlandais Wilhelm Kolff la réalisation du première rein artificiel a usage clinique.au milieu des années 50 Le docteur Schreiber exploite les récentes découvertes du téflon et du Sil astic pour crée un dispositif appelé « Shunt de Schreiber » permettant désormais un accès vasculaire permanent.

En 1962 Ouverture du premier centre de dialyse a Seattle, aux Etats Unis.

En 1965 James Cimino crée les premières fistules artériole veineuse.

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

En 1980 La détection de présence d'air dans le circuit sanguin ; le dégazage et la détection de fuite de Sant dans le circuit dialysat deviennent systématique. Le bicarbonate remplace peu a peu l'acétate dans l'élaboration de dialysat.

En 1990 L'informatique intègre désormais elle aussi les générateur aujourd'hui L'évolution des dialyseurs, des circuits extracorporels, des appareils de dialyse associée a des protocoles Sophistiques a permis de diminuer les réactions secondaires, sur le plan clinique du patient.

En France, on compte actuellement plus de 300 centres d'hémodialyse. 32 000 patients environ y sont traites a raison de trois séance de quatre heures par semaine en moyenne et certains depuis plus de vint ans. (Afidtn, 2009, p.1.8).

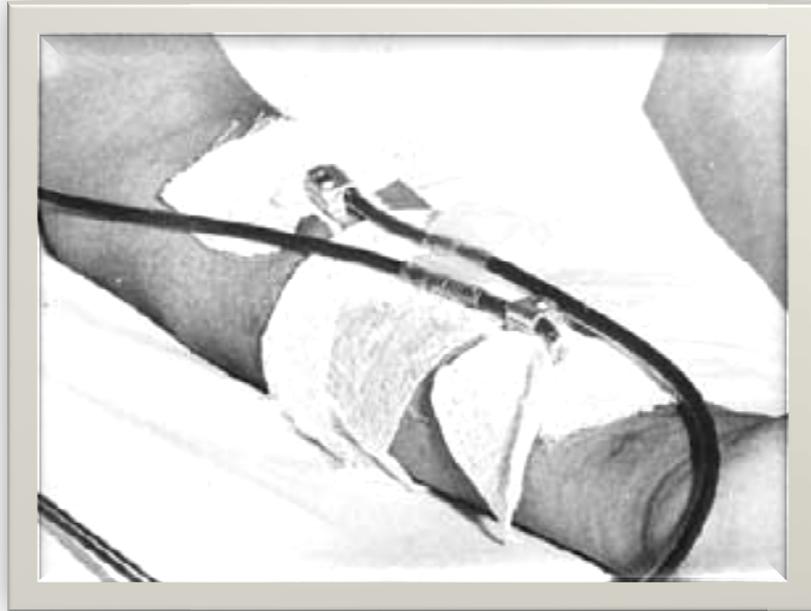


Figure-3- fistules artério veineuse de James cimino

5-1-2- les principes de l'hémodialyse :

Le mode d'épuration extra- rénale se fait par diffusion des solutés selon un gradient de concentration (diffusion) et l'ultrafiltration de l'eau plasmatique selon un gradient de pression.

La diffusion : lorsqu' on met en contact deux solutions (en l'occurrence, le sang et le dialysat) .continuant différente connotation de certaine substance séparé par une membrane semi-perméable, les molécules qu'il est compose se repartisse de lune vers l'autre en se déplaçant de milieu le plus contre vers le moins concentre, jusqu'à obtention d'un équilibre .Les minéraux en excès dans le sang vont passer dans le dialysat, et réciproquement.

L'ultrafiltration : en exerce une pression sur le compartiment sanguin, l'eau qu'elle contient en excès .Traverse la membrane et rejoint le dialysat. Cette technique peut être pratiqué en centre lourd, en auto dialyse ou a domicile, selon l'état du patient, son entourage et sa capacité ase prendre en charge.

5-1-3- Le matériel d'hémodialyse : nécessaire : pour l'hémodialyse il faut :

De l'eau

Une machine d'hémodialyse.

Des poches de solution concentrées contenant le sel, le calcium, et les diverses substances qui doivent être mélangées à l'eau pour fabriquer le dialysat.

Des tubulaires dans laquelle le sang circule.

Un hémodialyseur qui contient la membrane de dialyse. ([www.soc-nephrologie.org /PDF/epro/... /infos/ficheinfo-hemodialyse.PDF](http://www.soc-nephrologie.org/PDF/epro/.../infos/ficheinfo-hemodialyse.PDF)) Consulté le (14/02/15 à 17 :20).



Figure-4- Le générateur

5-1-4- les complications d'hémodialyse :

a- Changement rapide de la pression artérielle : la vitesse à laquelle l'eau est éliminé du sang durant l'hémodialyse peut provoquer une chute rapide de la pression artérielle c'est ce qui explique que certains patients ne se sentent pas bien soit pendant, soit après la séance. Des évanouissements, des crampes, une perte temporaire de la vision, une douleur thoracique, une irritabilité, une fatigue sont possibles.

b- Virus transmis par le sang : certains patients craignent de contracter des virus transmis par le sang tels que l'hépatite B ou C ou le VIH. Tous les centres de néphrologie prennent des mesures pour protéger leurs patients contre ce risque.

c- Amylose : après plusieurs années de dialyse, des douleurs osseuses peuvent apparaître. Elles sont souvent causées par une pathologie appelée amylose. Cet état est provoqué par l'accumulation d'une protéine qui se forme en fibrilles amyloïdes, qui est difficile à éliminer par dialyse. Cette protéine se dépose dans les articulations de toute la région du corps conduisant à des douleurs au niveau des os et des articulations. Actuellement, il n'existe aucun traitement efficace de cette pathologie.

d- FAV /Saignement : toutes les fistules ne fonctionnent pas à la perfection certaines ne se développent jamais dans une veine suffisamment large. Certaines fonctionnent correctement pendant des années et s'arrêtent soudainement dans un cas comme dans l'autre, une nouvelle fistule (ou parfois une prothèse vasculaire) doit être créée dans une autre région du corps. Certains patients ont des problèmes de saignement de la fistule pendant ou après la dialyse. Il existe aujourd'hui des pansements hémostatiques qui peuvent aider à stopper plus rapidement le saignement.

e- Cathéter /infection : les cathéters d'HD peuvent s'arrêter de fonctionner en raison d'une obstruction par un caillot sanguin. Ils doivent alors être remplacés. Seul un nombre limité de veines sont adaptées à l'insertion d'un cathéter. Il existe un risque d'infection lors d'une séance de dialyse. Les infections peuvent généralement être traitées par des antibiotiques. Le soin porté à l'hygiène durant la préparation de la machine de dialyse et de l'axe peut aider à prévenir les infections.

Des infections au site de sortie sont à l'endroit où le cathéter de dialyse sort de la peau. Une rougeur, une inflammation sont visibles dans la zone entourant le site de sortie. L'infection

peut « diffusé a l'intérieur du corps en suivant la voie de cathéter. (rein-échoc.fr/-
ancienne_version/WP.../cours-FORMA-texte.pdf) consulté le (19/01/2015 à 12 :49) .

5-1-5-les abords vasculaires :**1) la fistule artério veineuse :**

La fistule artério- veineuse est créée chirurgicalement sous anesthésie locale. Avant l'intervention, la néphrologie demande un doppler des membres supérieures pour déterminer l'endroit le plus propice à cette création de FAV, c'est-à-dire, l'endroit qui présente un réseau vasculaire suffisamment développé.

Une fistule est la mise en communication d'une artère et d'une veine. Avec le temps, et sous l'effet de la pression artérielle, la veine va se dilater, avoir un débit plus important et augmenter sa résistance.

Le plus souvent, les FAV sont créées au niveau du poignet, de l'avant bras ou du pli du coude. Parfois, surtout pour les FAV au pli du coude, une deuxième intervention appelée superficialisation est nécessaire. Elle a pour but de remonter la veine un peu plus en surface pour faciliter les ponctions.

Une FAV est précieuse ! Il convient au patient d'y faire très attention et de la protéger. Le patient apprendra à repérer le thrill. Sorte de souffle et de frémissement palpable lorsqu'il touche sa FAV : c'est l'indicateur du bon fonctionnement de l'abord !

Chez les patients dont les veines sont trop petites ou trop fragiles pour qu'une fistule puisse être créée, le chirurgien a recours à une prothèse vasculaires. C'est un tube de connexion souple, en matériaux de synthèse, qui permet de relier l'artère et la veine. On l'appelle Anse.

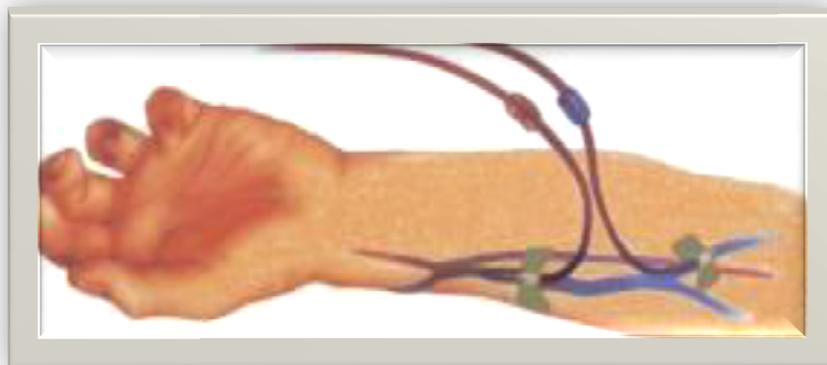


Figure-5 : Fistule artério- veineuse.

2) Le cathéter :

Un cathéter d'hémodialyse (HD) est une tubulure en plastique, qui est insérée dans une grosse veine ; généralement la veine jugulaire ou sous-clavaire (dans le cou) ou la veine fémorale (dans l'aîne). Son insertion nécessite une courte intervention, qui peut être pratiquée sous anesthésie générale ou locale. Le cathéter est positionné de manière à ce que la moitié se trouve à l'intérieur du corps et l'autre moitié à l'extérieur.

Les cathéters d'HD peuvent être temporaires ou permanent. Les cathéters temporaires sont souvent utilisés lorsque les patients sont en attente de création d'une fistule.

Les patients doivent maintenir leurs cathéters propres et secs et veiller à ce qu'il soit en permanence recouvert d'un pansement. Toutes les explications relatives aux soins du cathéter leur sont fournies par l'infirmière d'hémodialyse. Le cathéter d'accès vasculaires à habituellement utilisé en HD, possède deux lumières séparées, l'une pour prélever le sang dans l'organisme et l'autre pour l'y réintroduire après la dialyse. (rein-échoc.fr/ancienne_version/WP.../cours-FRMA-texte.fr) consulté le (19/01/2015 à 12 :49).

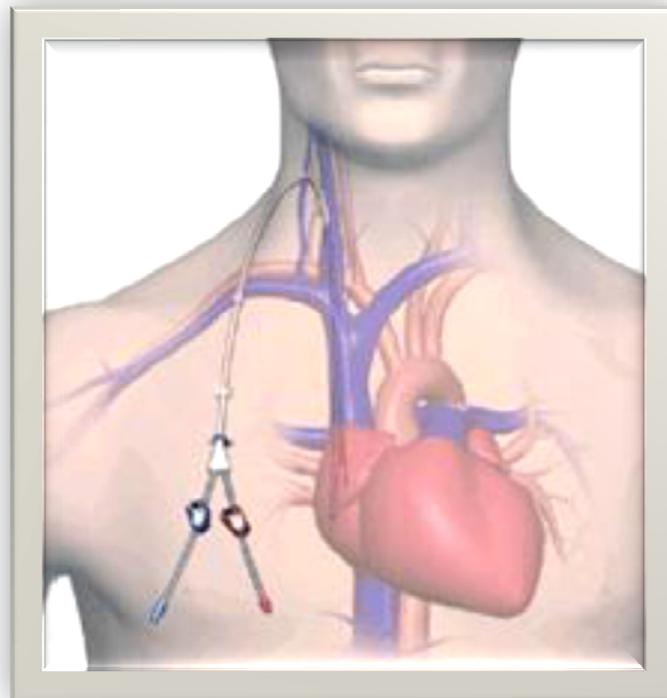


Figure-6-Cathéter

5-2- Dialysé péritonéale(DP):

5-2-1-définition :

Le dialyse péritonéale(DP) utilise le péritoine, qui est une membrane naturelle tapissant la cavité de l'abdomen .la membrane possède de minuscules trous et joue un rôle de filtre.les déchets et liquides du sang peuvent la traverser.

Le liquide de dialyse s'écoule dans la cavité péritonéale à travers un petit tube en plastique souple appelé cathéter de DP .le cathéter est introduit dans l'abdomen lors d'une intervention mineure. Environ 15cm de ce tube restent en dehors de l'abdomen, sous les vêtements, et permettent de fixer les poches de liquide de dialyse.(rein-échoc.fr/-ancienne_version/wp.../cours-FRMA-texte.pdf) consulté le (19/01/2015 à 12 :49).

Le dialyse péritonéale DP se pratique a domicile, tout les jours pour assurer une bonne épuration, le dialysat doit être renouveler souvent, soit de façon (manuelle) la journée ou (automatisés) la nuit.

5-2-2- les principes de dialyse péritonéale (DP) :

L'eau en excès et les déchets du sang sont attirés dans le liquide de dialyse à travers la membrane péritonéale. Le liquide est remplacé régulièrement. Ce processus est appelé échange. Le nombre d'échange devant être effectués chaque jour, ainsi que la qualité et le type de liquide de dialyse (dialysat) à utiliser, sont prescrit par le médecin.

Le liquide en excès et les déchets sont éliminés pendant la période ou le dialysat se trouve dans la cavité péritonéale.si celle ci est vide, le liquide en excès et les déchets ne sont pas éliminés.il est important d'effectuer la dialyse péritonéale telle qu'elle a été prescrite et d'effectuer tous les échanges indiqués.

En dialyse péritonéale (comme en hémodialyse), les déchets sont éliminés du sang par un processus appelé : diffusion.

L'eau en excès est éliminée du sang lors de la dialyse péritonéale par un processus appelé : osmose.une substance (généralement du glucose) est introduit dans le sang et attire l'eau hors de sang.

Une fine couche de tissu naturel (la membrane péritonéale) maintient le sang séparé de la solution de dialyse (également appelée liquide de dialyse ou dialysat).les globules sanguins

sont trop gros pour traverser la membrane semi-perméable, mais l'eau située dans le sang est attirée dans le liquide de dialyse par le glucose.

La plupart des personnes présentant une insuffisance rénale peuvent être traitées par dialyse péritonéale, mais il existe des Exceptions :

- sujets ayant subi des interventions majeures. la cicatrisation de la membrane péritonéale peut la rendre inefficace pour la dialyse.
- sujets incapables de prendre soin d'eux-mêmes ou ayant besoin d'aide. Toutefois, il est parfois possible de trouver quelqu'un dans leur entourage pour les aider ou de faire intervenir un infirmier libéral à domicile pour réaliser les manipulations. la dialyse péritonéale automatisée (DPA) peut être une bonne solution pour ces patients. (rein-échoc.fr/ancienne8version/wp.../cours-FRMA-texte.pdf) consulté le (19/01/2015 à 12 :49).

5-2-3-les différents types de dialyse péritonéale :

1)- dialyse péritonéale continue ambulatoire (échange manuel) ou DPCA

Essentiellement la DPCA ou dialyse péritonéale continue ambulatoire. il s'agit d'une méthode d'épuration douce car continue dont la membrane permettant le contact entre le sang et le dialysat est le péritoine, de grande surface et richement vascularisé. Le dialysat disponible sous forme de poche prêtes à l'emploi est infusé dans la cavité abdominale par un cathéter spécifique, la complication principale de cette technique est la péritonite de diagnostic biologique avec le retour d'un liquide de dialysat trouble (100 éléments /ml dont plus de 50% de polynucléaires). tardivement surviennent douleurs abdominales et fièvre, le traitement consiste en une antibiothérapie in-situ injectée par le cathéter, au long cours, les limites de la méthode sont la dénutrition et la perte d'efficacité des échanges péritonéaux. (http://www-Santé_Ujf-grenoble.Fr/Santé/) consulté le (09/04/2015 à 15 :15).

La DPCA est une méthode qui nécessite 4 à 5 échanges de poches de dialysat par jour selon la prescription médicale. Le changement de chaque poche nécessite environ 30 minutes. (<https://vincent-bourquin.files.wordpress.com/2009/12/la-dialyse-peritoniale.pdf>) consulté le (10/02/2015 à 15 :10).

Le DPCA est réalisée manuellement. Elle peut avoir lieu pratiquement n'importe où :

- D=Dialyse. Le sang situé à l'intérieur du corps est filtré et nettoyé des déchets et de l'eau en excès, P=péritonéale. la péritoine est la membrane située dans l'abdomen qui

est utilisée comme membrane de dialyse. la membrane péritonéale joue un rôle de filtre pour éliminer du sang les déchets et le liquide en excès. les déchets et le liquide en excès traversent la membrane pour passer dans la solution de dialyse. ils sont éliminés du corps lors du drainage de la solution de dialyse dans une poche de drainage.

- C=continue. la DPCA est un processus continu. Le sang est nettoyé quand l'ancien liquide est échangé contre du liquide de dialyse frais dans la cavité péritonéale. Avec la DPCA, la dialyse a lieu 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- A=. Ambulatoire. Déambuler signifie marcher. Les patients en DPCA ne sont pas attachés à une machine lors du traitement, mais peuvent se déplacer librement et même être dialysés pendant leur sommeil. (rein-échoc.fr/-ancienne_version/WP.../cours-FRMA-texte.pdf) consulté le (19/01/2015 à 12 :49).

2)- la dialyse péritonéale automatisée(DPA) : avec la machine

La DPA est une méthode qui vous permet d'exécuter la dialyse à la maison durant la nuit. La machine de DPA contrôle automatiquement l'heure des échanges, draine la solution usagée et remplit la cavité péritonéale avec la nouvelle solution. Les patients doivent garder le liquide dans leur cavité péritonéale pendant la journée. Certains effectuent un échange supplémentaire au cours de la journée pour être sûr que la dialyse soit suffisante. (rein-échoc.fr/-ancienne_version/wp.../cours-FRMA-texte.pdf) consulté le (19/01/2015 à 12 :49).

La dialyse est donc efficace, assure un bon contrôle de la pression artérielle et offre davantage de choix que l'hémodialyse sur le plan de l'apport alimentaire et liquidien.

5-2-4- les complications de dialyse péritonéale :

La dialyse péritonéale(DP) n'est pas toujours sans problèmes. ceux-ci, qui peuvent être d'ordre psychologique et physique, sont décrits ci-dessous.

- **image corporelle** : certains patients en dialyse péritonéale ont du mal à accepter la présence à demeure du cathéter de DP. ils craignent que le cathéter perturbe leur activité sexuelle et leur relation avec leur partenaire. la dialyse péritonéale a tendance à étirer le ventre et à l'arrondir.

- **surcharge liquidienne** : une surcharge liquidienne se produit lorsqu'il y a trop de liquide dans l'organisme. Elle se caractérise par une augmentation soudaine du poids, des chevilles gonflées et /ou des difficultés respiratoires. Les patients en dialyse doivent généralement limiter leur apport en liquides afin d'éviter la surcharge liquidienne. Les quantités de liquide

autorisées sont toutefois plus souples chez les patients en dialyse péritonéale que chez les patients en hémodialyse.

- **déshydratation** : la déshydratation survient lorsque la quantité de liquide présente dans le corps est insuffisante. Elle peut être causée par une perte liquidienne excessive comme la diarrhée ou la transpiration. Elle se caractérise par des vertiges, un état maladif ou une perte pondérale soudaine. La déshydratation est nettement moins fréquente que la surcharge liquidienne chez les patients dialysés.

- **inconfort** : certains patients en DP trouvent inconfortable le fait de conserver le liquide de dialyse dans leur abdomen. Ils se sentent gonflés ou ballonnés. D'autres souffrent du dos ou des épaules, en particulier lors du drainage. très rarement, certains patients sont gênés lors de l'entrée du liquide frais.

- **mauvais drainage** : l'un des problèmes les plus fréquents avec la dialyse péritonéale, en particulier chez les nouveaux patients, est un mauvais drainage de liquide de dialyse. Les causes les plus fréquentes sont :

- **Constipation** : la pression du liquide de dialyse péritonéale sur l'abdomen peut entraîner un ralentissement des mouvements de l'intestin, augmentant les risques de constipation. La constipation peut provoquer une pression des intestins contre le cathéter et une interruption du drainage.

- **Déplacement du cathéter** : il arrive que le cathéter de DP se déplace. Il peut cependant reprendre naturellement la position correcte. Si ce n'est pas le cas, une intervention mineure ou manipulation sous contrôle radiologique pourra être nécessaire pour corriger sa position.

- **fuites** : chez certains patients, le liquide de dialyse péritonéale fuit autour du site de sortie du cathéter. Il peut alors être nécessaire de réduire le volume de liquide à chaque échange ou d'arrêter temporairement la DP. Chez certaines personnes, le liquide fuit dans les voies génitales et provoque un gonflement. Il arrive qu'il soit nécessaire de placer un nouveau cathéter sur un site différent.

- **Infection au site de sortie** : un site de sortie infecté est enflammé, rouge, douloureux, avec plus l'infection peut être traitée par des antibiotiques. L'infection se propage parfois vers l'intérieur, suivant le cathéter le long du « tunnel » à travers la paroi abdominale. On parle d'infection du tunnel. Elle peut nécessiter le retrait du cathéter et son remplacement par un nouveau cathéter.

- **Péritonite** : la péritonite est une infection du péritoine, généralement causée par la pénétration de bactéries dans le cathéter .cela peut se produire lorsque les patients touchent les extrémités ouvertes des connexions entre la poche de liquide de dialyse et le cathéter. Parfois, malgré un haut niveau d'hygiène, une infection de l'abdomen est possible depuis l'extérieur.(rein-échoc.fr/-ancienne _version/WP.../cours- FRMA- texte.pdf) consulté le (19/01/2015 à 12 :49).

Conclusion

Le développement de la dialyse a permis de sauver la vie de nombreux patient Cependant, l'hémodialyse ainsi que la dialyse péritonéale est très demandeuse en ressources comme l'eau et électricité et engendre une grande quantité de déchet.

Hémodialyse: Aspects psychologiques et sociaux

Préambule

La transplantation d'organe est un domaine de haute technicité qui n'intègre encore que très rarement un accompagnement psychologique tout au long du parcours du patient. Les enjeux de cet accompagnement situent à l'intersection du physique et du psychique, de la maladie, de ses traitement et du vécu émotionnel.

Les aspects psychologiques de la transplantation d'organes sont présentés dans leur temporalité en montrant les questionnements et les problématiques spécifiques de chaque étape du parcours du patient depuis le moment où la décision de la transplantation est prise jusqu'après la transplantation.

1- la mort, l'angoisse chez la personne dialysée :

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

Cela le conduit à se détacher du monde et à ne plus l'investir, d'où un repli sur soi, accentué parfois par l'isolement social. C'est pourquoi la famille et les soignants ont un rôle très important à jouer. À l'inverse, certaines personnes trouvent dans la dialyse un bénéfice sur le plan social, si ce sont des personnes qui étaient déjà socialement isolées avant, la dialyse va leur permettre de nouer des liens avec d'autres personnes, soignés ou soignants.

Concernant ces personnes, la greffe va les confronter à un certain vide car ils retrouvent une famille par l'intermédiaire de la maladie et du traitement.

Certains patients dialysés présentent quelque-fois des préoccupations hypochondriaques excessives. Ils peuvent se plaindre de douleurs aux localisations multiples qui n'ont pas d'origine somatique. Ces plaintes cachent en fait souvent une peur imminente de la mort qui ne peut s'exprimer en tant que telle.

On peut en outre observer des manifestations phobiques par rapport à un type précis de machine ou à une infirmière. C'est en réalité un moyen de déplacer l'angoisse sur un objet extérieur afin de mieux évacuer et contrôler cette angoisse. Ces manifestations d'évitement représentent une aide à la verbalisation.

L'insuffisance rénale représente une perte, celle de la (bonne) santé.

Il y a aussi perte de l'indépendance, du fait de la dépendance à la machine, aux soignants, et donc perte de la capacité à s'assumer seul.

Il y a donc un travail de deuil à faire car on passe du statut de personne "bien portante" à celui de "malade". Sans un réel travail de deuil, ce nouveau statut est très difficile à accepter.

Or, pour faire le deuil de quelque chose, il faut notamment pouvoir oublier, ne serait-ce qu'un instant, que nous avons perdu ce quelque chose. La dialyse constitue alors un rappel répétitif de la perte, donc l'oubli est rendu (presque) impossible.

Le deuil est un processus qui peut induire des symptômes de type dépressif : chagrin, n'envie de rien, pas envie de voir d'autres personnes, de sortir, détachement du monde extérieur, désintérêt pour les activités antérieures à la maladie, perte d'appétit ou au contraire, boulimie, TCA (troubles du comportement alimentaire) multiples, non-respect des contraintes diététiques, très fréquemment des troubles du sommeil, voire envies suicidaires. (Marie ,P, Christie, A & Michel, P, 2005, P.3)

2- Les signes cliniques de la dépression chez la personne dialysée :

Ce sont notamment la fatigue, le peu d'investissement de la vie sociale, la difficulté à investir autre chose que ce qui concerne la dialyse. Le problème est que cet état dépressif est un facteur de mauvaise observance du traitement médicamenteux, du régime et des soins.

On observe alors des "tentatives discrètes de suicide", des indicateurs de déni de la maladie, phénomène notamment observé chez les personnes diabétiques. Il peut se produire un effet de chantage sur l'équipe soignante : le sujet refuse de manger, menace de ne pas venir à sa prochaine dialyse.

Selon Dominique Cupa, "une dépression plus ou moins importante existe chez tout dialysé". Et même selon Becker cité par Dominique Cupa, le dialysé est un dépressif chronique. En

effet, chaque nouvelle dialyse rappelle la perte de l'organe, et donc que le corps est irrémédiablement "abimé".

Du fait de cet état dépressif, on observe fréquemment chez les personnes dialysées une chute de libido, des problèmes d'impuissance ou de perte de désir sexuel de par le traumatisme de la confrontation à la maladie, à la mort et au traitement. Cela peut bien entendu avoir des répercussions sur le couple/le conjoint. (Marie, P, Christie, A & Michel, P, 2005, P. 3).

3- Le problème du rapport au temps chez la personne dialysée :

La dialyse est souvent considérée par les patients comme un temps "mort", perdu, d'où l'importance de parfois réexpliquer l'intérêt de la dialyse, ce à quoi elle sert. C'est le rôle du psychologue aussi bien que des soignants : on peut par exemple rappeler qu'avant d'être en dialyse, le patient était beaucoup plus fatigué, et donc que la dialyse leur apporte un mieux-être. Certains patients le reconnaissent d'eux-mêmes, surtout s'ils ne sont en dialyse que depuis quelques semaines.

La survenue de la maladie, comme événement traumatique, peut entraîner un profond remaniement de la perception du temps. En effet, le temps qui passe est ce qui nous rapproche tous de l'échéance qu'est la mort. Or, les insuffisants rénaux sont, plus que toute autre personne, confrontés à cette perspective d'autant plus inéluctable que la dialyse n'est qu'un soin palliatif, c'est-à-dire un soin uniquement destiné à reculer les limites entre vie et mort.

Comme le dit Dominique Cupa dans la revue soins (octobre 1992) "le patient vit l'annonce de la mise en dialyse et son entrée en dialyse comme un choc. C'est un passage dans une autre vie, celle de la survie, car, dès lors, sans la dialyse il ne peut vivre, c'est la dialyse ou la mort". L'insuffisance rénale, en tant que maladie chronique, nécessite de prendre en compte la dimension de la durée du traitement, c'est-à-dire son caractère définitif.

De plus, il convient de considérer l'enjeu vital de ce traitement pour le moins pénible dans la mesure où il met le sujet en situation de dépendance absolue, identique à celle du nouveau-né qu'on appelle néoténie, donc d'impuissance.

Ce sentiment de dépendance sera plus ou moins bien vécu en fonction de l'histoire personnelle du sujet. C'est justement parce que la dialyse est une nécessité vitale qu'elle est vécue comme une contrainte absolue. C'est là où l'on peut dire que le traitement fait symptôme.

L'annonce de la maladie est donc vécue comme un traumatisme.

En psychologie, le traumatisme se définit comme un événement qui implique un "avant" et un "après", de sorte que la vie de la personne, ainsi que la façon dont elle appréhende passé,

présent et avenir, s'en trouve totalement bouleversée. Le traumatisme confronte surtout le sujet à la perspective de la mort, la sienne ou celle d'un proche.

Ce remaniement de la perception du temps transparaît clairement dans le discours tenu par les patients : "profitez tant que vous êtes jeune" me disent-il souvent. Beaucoup de gens, notamment des gens âgés disent cela, mais chez le dialysé, cela prend un sens très différent car eux-mêmes expriment souvent le sentiment de n'avoir pas suffisamment profité de leur vie avant la survenue de la maladie.

Tous ces facteurs peuvent déboucher sur un conflit psychique entre le sujet et le temps, faisant que sa vie se transforme parfois en une course contre la montre.

La perception de ces deux notions : gagné où perdre du temps est très différent chez le sujet dialysé et chez le sujet bien portant.

D'un point de vue objectif, la dialyse fait gagner du "temps de vie" sur la mort. Or, du point de vue subjectif, le patient peut avoir le sentiment que la dialyse constitue une perte de temps, et qu'il pourrait faire autre chose pendant ce temps, comme par exemple être avec sa famille. Être dans la vie active, en un mot, vivre "comme tout le monde", "être normal", comme les gens "bien portants", qui n'ont pas à subir les contraintes de la dialyse. On retrouve surtout ce discours chez les jeunes dialysés, et c'est probablement ce dont ils souffrent le plus, le sentiment d'être différent des jeunes de leur âge.

Le temps est le premier critère contraignant cité par les dialysés : "c'est long", répètent-ils souvent.

De plus, les examens médicaux complémentaires alourdissent encore cette contrainte en termes de temps.

Les patients qui demandent à être branchés toujours en premier, qui se plaignent du "manque de rapidité" des infirmières, sont ceux qui acceptent certainement le moins bien la dialyse, voire la maladie elle-même. En étant branchés en premier, ils ont sans doute l'impression de gagner du temps, alors qu'au contraire, ils en perdent en arrivant trop tôt tout se passe comme si le dialysé vivait avec un sentiment d'urgence à vivre, considérant qu'après, il sera trop tard. La maladie rénale confronte donc la personne à l'idée de sa propre mort, et le fait est que cette perspective est rendue plus "immédiate", plus présente, plus prégnante, par rapport à une personne bien portante, d'où sans doute ce sentiment d'urgence quasi permanent.

L'agressivité manifestée par certains patients vient probablement du fait que, inconsciemment, le temps que leur prend la dialyse est vécu comme une injustice, au même titre que la maladie elle-même. S'en prendre aux soignants reviendrait à exprimer son sentiment d'être agressé par la situation de dialyse.

À travers cette agressivité envers les soignants, se cache aussi quelquefois une demande de réconfort et d'attention,

Les soignants ont un rôle très important à jouer car ils peuvent redonner aux patients le plaisir de vivre. Témoigner d'une écoute au patient est ce qui lui permet le plus de retrouver un certain plaisir "d'être avec", de retrouver également une meilleure image de soi, et par là-même, de faire diminuer la dépression, l'angoisse, le sentiment de dépendance.

Agresser les soignants, c'est un peu leur faire "payer" ce sentiment de dépendance plus ou moins difficile à supporter selon les patients et leur personnalité.

L'insuffisance rénale met en situation de dépendance importante, ce qui peut générer de la colère. Lorsque le travail de deuil se fait, le patient peut à nouveau investir d'autres parties de son corps et surtout d'autres activités. (Marie, P, Christie, A & Michel, P, 2005, P.3-4).

4- Le régime et les contraintes alimentaires chez la personne dialysée:

Les contraintes alimentaires sont tout aussi importantes que les contraintes en termes de temps que nous venons d'évoquer.

Les restrictions sur les prises de nourriture et d'eau sont difficiles, surtout chez les personnes âgées car manger et boire représentent des sources de plaisir immédiat : c'est le principe de plaisir versus le principe de réalité.

Les personnes dialysées ont peu de sources de plaisir immédiat car les séances de dialyse tous les deux jours les rappellent sans cesse à la réalité c'est-à-dire le potentiel mortel que représente leur maladie s'ils ne se rendent pas en dialyse. Ils n'ont pas la liberté de refuser d'aller en dialyse le jour où ils sont fatigués ou s'ils ont des soucis personnels etc.

Les transgressions alimentaires, hydriques et l'insuffisance de compliancy au traitement médicamenteux sont des façons de (ré) trouver une certaine autonomie, une certaine identité, de récupérer un pouvoir sur les choses. (Marie, P, Christie, A, & Michel, P, 2005, P.4).

5- Les remaniements de l'image du corps chez la personne dialysée :

On peut observer des bouleversements au niveau de l'image du corps. L'image du corps se définit comme la perception inconsciente que nous avons de notre corps, par opposition au schéma corporel qui représente l'image consciente.

Nous avons tous le même schéma corporel mais pas tous la même image du corps. La maladie peut entraîner une dépréciation corporelle, le sujet en vient à considérer son corps comme incomplet, craint que celui-ci ne soit "déformé".

En effet, chaque ponction entraîne une petite blessure qui laisse des traces. Cela peut provoquer une blessure narcissique importante, d'autant que, face à l'image abîmée de son corps, le dialysé peut en arriver à craindre le regard de l'autre.

L'insuffisance rénale peut être vécue comme si l'organe rein était mort, et de ce fait, un processus de deuil est nécessaire car il y a perte d'une fonction : la fonction rénale. Ce processus de deuil, s'il ne se fait pas ou mal, peut entraîner des dépressions majeures difficiles à traiter. Le patient a un gros travail à faire sur lui-même car il doit accepter la maladie, et le traitement qui l'accompagne. (Marie, P., Christie, P., & Michel, P., 2005, P. 4)

6- Dysfonctionnements sexuels chez la personne dialysée :

Tous les hémodialysés présentent des dysfonctionnements sexuels à des degrés divers. Ces troubles semblent plus fréquents chez les hommes.

Chez eux, la diminution ou la disparition de la fonction rénale et donc de la fonction urinaire, entraîne une perte de la libido car ces deux fonctions sont symboliquement très liées chez l'homme.

Selon Jean François Allilaire, in Cupa, "la fonction urinaire contribue à symboliser la permanence de la virilité. Contrôler cette fonction est source de gratification alors que la perte de la fonction urinaire représente une frustration". De plus, il faut tenir compte de l'état anxieux ou dépressif, ainsi que du bouleversement de la vie de couple induite par la dialyse. (Marie, P., Christie, A & Michel, P., 2005, P. 4-5)

7 - Le problème de l'effraction chez la personne dialysée:

Chaque nouvelle ponction représente une effraction corporelle. Le branchement en hémodialyse, la pose du cathéter de DP ou la transplantation rénale (le greffon) consistent à introduire un objet étranger dans le corps.

Chacune de ces effractions constituent un véritable traumatisme. Toutes ces interventions modifient le corps, y créent des ouvertures, des brèches qui peuvent être sources d'angoisse. Là encore, le sujet a un gros travail d'adaptation et d'acceptation à faire de son nouveau schéma corporel.

En hémodialyse, la vision du sang peut faire resurgir des fantasmes très angoissants relatifs au fait d'être vidé de son sang, en même temps qu'il est contrôlé et nettoyé par la machine.

Habituellement nous n'avons pas accès à la vision de notre propre sang, tout au moins pas en aussi grande quantité. Nous n'avons pas non plus accès au bruit de notre propre circulation sanguine, ce qui est le cas lorsqu'on a une fistule laquelle constitue une porte ouverte sur l'intérieur du corps, ce qui n'a rien d'anodin ou de banal. Pour certaines personnes, le "Thrill"

de la fistule, semblable au tic tac d'une montre, représente le temps qui passe, ainsi que le signe du maintien de leur propre vie.

Ces effractions sont surtout difficiles à vivre pour les patients dont la personnalité est structurée sur un mode psychotique, car ces personnes sont déjà aux prises avec des angoisses dites de morcellement, mais aussi pour les patients normalo- névrotiques car ces brèches posent le problème de la différenciation entre dedans et dehors. Cela peut générer des manifestations anxio dépressives, une très grande anxiété au moment du branchement par exemple, perturber le sommeil et l'appétit.

Comme chez un certain nombre de dialysés, l'angoisse atteint probablement son paroxysme juste avant le branchement. Le problème est que cette angoisse empêche justement la personne de pouvoir verbaliser ce qu'elle ressent. C'est là que le psychologue peut être utile pour encourager la verbalisation. (Marie ,P, Christie, A & Michel ,P, 2005, P.5)

8- Réflexion sur les différents modes de prise en charge chez la personne dialysée :

En hémodialyse, les patients sont totalement dépendants de la machine et des soignants. Non seulement ils manquent souvent de confiance en eux-mêmes pour monter seuls leur machine, (d'où les difficultés à mettre en place de véritables antennes d'auto dialyse), mais également la maladie diminue les capacités d'apprentissage.

L'état dépressif empêche aussi d'apprendre et perturbe les capacités cognitives. De plus, la vision du sang dans la tubulure est parfois insupportable.

L'hémodialyse entraîne une souffrance psychique itérative puisque le sujet doit s'y rendre trois fois par semaine, et parfois plus.

Certaines personnes arrivent à dormir pendant les séances, à se détendre, et d'autres non, sans doute à cause d'une angoisse trop importante, car dormir c'est mourir un peu, cela revient à abandonner le contrôle.

La dialyse péritonéale est souvent mieux vécue par les patients car elle semble offrir davantage de liberté, et donc permet une meilleure insertion sociale, mais elle renvoie aussi à des angoisses de mort, dans un deuil répétitif infini.

La détresse par rapport à la dialyse est plus grande si le sujet sait qu'il ne pourra pas être greffé. (Marie ,P, Christie, A & Michel, 2005, P.5).

9- Le problème de l'accompagnement en fin de vie chez la personne dialysée :

Dans de rares cas, des amputations sont nécessaires par suite d'un diabète avancé, et certains patients peuvent expressément demander à mourir et refuser de poursuivre la dialyse. Quoi qu'il en soit, le décès d'une personne affecte beaucoup les autres dialysés car cela réactive les angoisses de mort présentes en chacun d'eux (et de nous). (Marie, P., Christie, A., & Michel, 2005, P.5).

10- Le rôle des soignants :

Malgré toute leur compétence, les soignants ne peuvent pas offrir la guérison totale. De plus, assister à la souffrance et à la dégradation des malades, à leurs angoisses et à leur lassitude, induit également une souffrance, et peut-être parfois un sentiment d'impuissance. Certains soignants peuvent avoir l'impression de quelquefois ne pas savoir comment répondre à la souffrance des malades.

Dans ces situations, il importe d'essayer d'accepter son impuissance car cela diminue la culpabilité. Dans le même temps, il faut éviter d'ignorer son sentiment d'impuissance pour tenir compte des attentes du malade. Cela ne veut pas dire qu'il faut exécuter toutes les volontés du patient.

Il existe des situations conflictuelles, un peu comme dans toute famille. Concernant les difficultés inhérentes aux relations soignant/ soigné, le psychologue joue un rôle de tiers, d'interface.

Il peut arriver que la distance nécessaire entre le soignant et le soigné se trouve gommée : tutoiement, relations amicales. Cela crée des relations très impliquantes, surtout dans les cas de DP à domicile, lorsque le soignant se trouve en contact direct avec l'environnement familial.

Le problème d'une trop grande proximité réside notamment dans le fait qu'en cas de décès, les réactions émotionnelles risquent d'être trop fortes. En outre, en cas de "problème médical" ou autre, le soignant risque de ne plus avoir la neutralité nécessaire pour faire preuve de sang froid.

Par ailleurs, certains patients se montrent très exigeants par rapport aux heures de branchement et débranchement. Par exemple le patient qui veut absolument être branché le premier de sa série, est quelqu'un qui cherche à occuper une place privilégiée auprès du soignant.

Autrement dit, il veut être investi de façon particulière par le soignant, faire l'objet d'un investissement narcissique. On peut aussi parler des patients qui demandent systématiquement

une couverture ou un verre d'eau au moment où un autre patient fait un malaise. Il s'avère alors nécessaire de recadrer de tels patients.

Je citerai ce passage de *Dominique Cupa*: "Le patient qui se sent contraint par la dialyse et insuffisamment reconnu par l'équipe soignante va faire pression sur l'équipe, d'une part pour se soulager de celle qui est exercée sur lui, d'autre part pour attirer l'attention".

Les patients qui appellent l'infirmière pendant les dialyses pour des raisons futiles exercent une contrainte qui est à comprendre comme un appel à un soin qui est autre qu'un soin infirmier. Cela peut être interprété comme ; "venez plus avec moi car je m'ennuie / j'ai peur". (Marie, P, Christie, A & Michel, P, 2005, P.5).

11- La transplantation rénale et l'attente de la transplantation :

Le plus souvent, les patients considèrent l'organe transplanté non comme une partie d'eux-mêmes mais comme un objet étranger sur lequel ils n'ont aucun droit. La greffe agit sur l'ensemble de la représentation que le sujet a de lui-même.

Un des principaux éléments à retenir de la problématique transplantation est qu'il faut pouvoir accepter d'intégrer, assimiler à son propre corps un élément du corps d'une personne étrangère. Le greffon est un corps étranger à intégrer.

Pour nous qui ne sommes "a priori" pas personnellement concernés par la greffe, nous pouvons penser que celle-ci est une solution miracle, une sorte de panacée qui va tout arranger. Mais les personnes en attente de greffe ne le ressentent pas nécessairement de cette façon.

Toute greffe confronte le patient à la représentation de sa propre mort, mais aussi à celle d'une mutilation, et bien souvent à celle de la mort du donneur.

L'intervention chirurgicale implique des contraintes, du fait du traitement immunosuppresseur. L'organe reçu est d'origine humaine mais anonyme, le donneur possède un caractère mystérieux. Que la structuration du sujet soit névrotique ou psychotique, le greffon est un objet sur lequel le patient va projeter des choses.

D'autre part, le sujet transplanté peut éprouver un sentiment de culpabilité de porter l'organe d'un autre, de se sentir obligé d'attendre le décès de quelqu'un. Dans les cas de culpabilité du receveur vis-à-vis du donneur, il faut insister sur le fait que l'organe n'est utilisable pour personne d'autre et permet de prolonger la vie de la personne qui le reçoit. C'est le rôle du soignant et/ou du psychologue de préciser cela et de permettre au patient de dire ce qu'il ressent à ce sujet.

La vie du donneur n'est que fantasmagique dans l'esprit du transplanté, dont la fonction imaginaire est sans cesse en marche. On observe parfois un effet "retard" de la culpabilité qui peut survenir bien après la greffe. (Marie, P, Christie, A & Michel, 2005, P.5-6).

12- Observance du traitement immuno supprimeur :

Sur le plan psychique, le patient transplanté doit donc faire un important travail d'intégration et d'appropriation du nouvel organe. Le greffon doit être investi, adopté, de la même façon qu'on adopte un enfant, qu'on le reconnaît comme sien.

Ce travail d'appropriation peut prendre beaucoup de temps car le temps psychique passe plus lentement que le temps social.

La négligence du traitement immuno-supprimeur peut venir d'une difficulté à justement s'approprier le greffon, à le faire sien.

La négligence du traitement immuno-supprimeur peut également venir d'une difficulté à abandonner les réseaux relationnels avec les soignants car il s'est créé une sorte d'attachement, le patient ayant investi l'environnement de la maladie (médecins, infirmières, autres dialysés) qui prend valeur de famille.

La greffe permet de retrouver sa liberté quant à la dialyse mais la personne peut alors avoir le sentiment d'être " lâchée dans le désert " ce qui peut être douloureux au point que le patient, faisant preuve d'une certaine ambivalence vis-à-vis du greffon, finit par le rejeter.

Avec la greffe, le dialysé se trouve confronté à un nouveau deuil, celui de tout un réseau relationnel et des habitudes prises au cours des dialyses.

D'après Consoli, dans "troubles psychiatriques des insuffisants rénaux chroniques" une proportion non négligeable des échecs de transplantation est liée à une négligence de la prise des immunosupprimeurs, elle-même en rapport avec la difficulté à assumer psychologiquement cette nouvelle étape de la vie.

Il y a aussi le deuil du donneur anonyme dont la mort a pu être secrètement souhaitée pour que la greffe puisse avoir lieu. (Marie, P, Christie, A & Michel, 2005, P.6).

Conclusion

Tout les types de personnalité sont rencontrés chez les patients dialysés, quelques rares patients connaissent très bien leur maladie et exigent que ce soit le même chirurgien qui les opère et le même radiologue qui les dilate. La caractéristique la plus fréquente est toutefois la résignation, qu'elle soit liée à l'âge ou à l'ancienneté de la maladie, beaucoup de patients sont incapables de dire depuis quand ils sont dialysés, quand a été créée la fistule, le type de médicaments qu'ils prennent ou la raison pour laquelle ils arrivent en radiologie pour explorer leur abord vasculaire, cela est encore plus vrai lorsqu'on a à traiter des patients sourds ou ne comprenant pas le français.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Méthodologie de la recherche

Préambule

I- la pré-enquête.

II-la démarche de la recherche

II-1- la méthode utilisée.

-la méthode descriptive.

-l'étude de cas.

III-présentation de la population d'étude et le lieu de la recherche.

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

III-2-présentation de lieu de la recherche.

III-2-1-l'établissement public hospitalier de KHERRATA.

IV-les outils d'investigations.

IV-1-. L'entretien semi directif

IV-2-le guide d'entretien.

IV-3-les attitudes de clinicien durant l'entretien.

IV-4-l'échelle d'estime de soi de « Rosenberg ».

- Instruction(ou consigne de l'échelle).
- Cotation.

IV-5-Le déroulement général de la pratique.

V- les difficultés de la recherche.

Conclusion

Préambule

Soucieuses d'adopter une démarche scientifique sur notre thème d'étude qui s'intitule « estime de soi chez les patients hémodialysés », nous allons tenter de commenter au mieux la méthode employée dans le cadre de cette recherche, la population d'étude et le lieu de la recherche, et enfin les outils d'investigation.

Afin de mener notre recherche sur les patients hémodialysés, nous avons choisi d'appliquer l'entretien clinique et l'usage du teste d'évaluation de l'estime de soi de « Rosenberg ».

I- la pré-enquête :

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

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

On a trouvé l'établissement de Kherrata, on y est allé rendre visite pour savoir si on trouve la population de notre étude.

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

Au début, après avoir l'accord du chef de service de l'établissement, on s'est informé sur leur état psychique après on s'est présenté autant des psychologues stagiaires, ensuite on leur à donner une idée sur notre thème de recherche, après avoir le consentement de quelques sujets.

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

II- la démarche de la recherche :

II-1- la méthode utilisée :

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

La méthode descriptive:

Dans notre recherche on s'est basé sur la méthode descriptive qui permet d'étudier et d'analyser et surtout d'observer notre population de recherche, on introduisant la singularité et la totalité de chaque sujet de notre population.

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

Étude de cas :

Cette démarche clinique est basée sur « l'étude de cas » qui est une technique particulière de recueille, il permet d'analyser en profondeur des phénomènes dans leur contexte.

C'est une étude approfondie sur un cas en particulier, soit-il une personne, un groupe ou un sujet spécifique, c'est une démarche de recherche qui se situe dans l'horizon des méthodes qualitatives. (Jacques, H, 1997, P.122).

III-Présentation de la population d'étude et le lieu de la recherche :**II -1-Présentation de la population d'étude :**

Pour répondre aux objectifs d'étude, nous avons opté pour des personnes hémodialysées au établissement de KHERRATA, notre population porte sur dix (10) cas différents (04) de sexe féminin et (06) autre de sexe masculin, l'âge moyen des patients au moment de l'évolution et varie entre (22-69) ans ,ayant tout une insuffisance rénale chronique terminale.

Sujet	Age	sexe	Situation professionnelle Avant la maladie	Situation matrimoniale	Le début de la maladie	Service d'hémodialyse
R-H	60 ans	féminin	Ne travail pas	mariée	3 ans	KHERRATA
B-Z	60 ans	féminin	Ne travail pas	mariée	23 ans	KHERRATA
R-N	51 ans	féminin	Ne travail pas	mariée	6 ans	KHARRATA
L-KH	69 ans	féminin	Ne travail pas	mariée	Un mois	KHERRATA
M-A	22 ans	masculin	Ne travail pas	célibataire	2 ans	KHERRATA
S-A	34 ans	masculin	receveur	marié	2 ans	KHERRATA
T-S	31 ans	masculin	scolariser	célibataire	15 ans	KHERRATA
S-I	51 ans	masculin	maçon	marié	3 ans	KHERRATA
A-S	23 ans	masculin	Concierge dans une école	célibataire	1 an	KHERRATA
S-S	30 ans	masculin	maçon	célibataire	8 ans	KHERRATA

Tableau 1 : tableau récapitulatif des caractéristiques de choix de la population d'étude.

III-2- Présentation de lieu la recherche :

III-2-1-l'établissement public hospitalier de KHERRATA :

L'établissement Public Hospitalier de KHERRATA, créé sur décret exécutif n° 07-140 du 02 Joumada El Aouel 1428 correspondant au 19 mai 2007, portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et établissements publics de santé de proximité. Sa construction date du 1954 au temps du colonialisme est situé au Sud Est de la Wilaya de Bejaia, il s'étend sur deux (02) Dairas (KHERRATA et DARGUINA) compte six (06) communes (KHERRATA, Draa El GAID, TASKRIOUT, Ait SMAIL, DARGUINA et TAMRIDJT) et couvre une population de 116197 Habitants pour la superficie de 412 ,33Km².

De part sa situation stratégique (situé entre deux pôles urbaines –Sétif et Bejaia-) avec un axe routier important qui relie port de Bejaia vers les autres plateaux.).

L'E.P.H. de Kherrata assure la couverture sanitaire non seulement de sa population locale mais aussi des populations des communes avoisinantes appartenant aux Wilayas limitrophes (Souk El Tenine, Melbou, Ziama, Aokas, Bougaa, Bouandas, Tala Ifecene, Tizi N'Bechar, Ouad El Bard, Ain Roua...).

L'E.P.H. de Kherrata regroupe plusieurs service :

- Chirurgie générale.
- médecine interne.
- gynéco-obstétrique.
- Pédiatrie.
- Urgences médico-chirurgicales.
- Hémodialyse.
- Epidémiologie.
- Radiologie centrale.
- Laboratoire central.
- Pharmacie.

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

IV- Les outils d'investigation :**IV-1- Entretien semi directif :**

Il est également centré sur le sujet, le clinicien utilise un guide d'entretien qui propose une trame de questions, il fait quelques interventions pour relancer le patient sur ce qu'il vient de dire : hochements de tête, répétition des fins de phrases du sujet... les relances peuvent aussi être des questions plus ciblées ou plus fermées dans le cas où les informations attendues n'ont pas été abordées dans une question plus générale (question ouverte). Le clinicien interrompt peu le sujet, il « le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé ». (Bénony et Charhaoui, 1999, P.16).

IV-2 -le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré.

Selon Perdrix, pour créer un guide d'entretien, le clinicien commence par lister les différents thèmes et sous-thèmes à aborder lors de l'échange, à partir de ces thèmes, il va préparer une liste de questions semi-ouvertes, ainsi que des relances (dans le cas où les thèmes n'auraient pas été abordés spontanément par le sujet). Une attention particulière doit être portée à la formulation des questions pour aider le sujet à donner son avis propre, il est par exemple déconseillé d'utiliser le terme « pourquoi » qui appelle une réponse très structurée et rationnelle et qui risque de couper le fil de la communication.

Il est nécessaire que ce guide soit bien intégré avant la réalisation de l'entretien.

Le but final est même de l'oublier pour que l'entretien se rapproche le plus possible d'une conversation entre deux interlocuteurs dans laquelle les idées du sujet émergent spontanément, le guide d'entretien est susceptible d'évaluer au cours des entretiens (par des ajustements, des rectifications des questions).

Il est conçu comme un canevas souple : les questions ne seront peut-être pas toutes posées, elles pourront être proposées dans un ordre différent, leur formulation pourra être adaptée au sujet ou au contexte de l'échange.

Le guide comporte également une série de question d'apparence plus anecdotique afin de recueillir des renseignements utiles (d'ordre administratif) comme le nom, l'âge, la profession de la personne.

Ce guide d'entretien comprend quatre axes à traiter, chaque axe contient plusieurs questions qui permettent de répondre plus précisément à notre thème de recherche.

L'entretien se déroulera d'une manière semi-directif, et les questions seront posées selon le niveau intellectuel et linguistique des patients hémodialysées interrogés.

Axe1 : information sur le sujet.

Axe 2 : information concernant l'état de santé actuelle.

Axe3 : information concernant l'état de la santé antérieure.

Axe4 : information concernant l'estime de soi.

IV-3-Les attitudes de clinicien durant l'entretien :

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

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

IV-4- l'échelle d'estime de soi :

Cette échelle propose dix items : cinq correspondent à une forte estime de soi « ex : je pense que je possède un certain nombre de belle qualités ».et cinq correspondent à une faible estime de soi « ex : parfois je me sens vraiment inutile ». (Delphine, M, 1995, P.38).

- **Instruction (ou la consigne de l'échelle) :** « Pour chacune des caractéristiques ou description suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié ».
- **Cotation :** Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4,6 et 7** Pour les questions **3, 5, 8,9 et 10**, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter **4** si vous entourez le chiffre **1**, **3** si vous entourez le **2**, **2** si vous entourez le **3**, et **1** si vous entourez le **4**.

-faites le total de vos points, vous obtenez alors un score entre **10 et 40**.

-l'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

-si vous obtenez un score inférieur à **25**, votre estime de soi est **très faible**, un

-si vous obtenez un score entre **25 et 31**, votre estime de soi est **faible**, un travail dans ce domaine serait bénéfique.

-si vous obtenez un score entre **31 et 34**, votre estime de soi est dans la **moyenne**.

-si vous obtenez un score compris entre **34 et 39**, votre estime de soi est **forte**.

-si vous obtenez un score supérieur à **39**, votre estime de soi est **très forte** et vous avez tendance à être fortement affirmé.

Degrés d'estime de soi	Niveau d'estime de soi
≥25	Très faible
(25à31)	faible

(31à34)	moyenne
(34à39)	forte
≤39	Très forte

Tableau 2 : indiquant le critère de mesure de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg.

IV-5- déroulement générale de la pratique :

Notre recherche sur le terrain s'est effectuée dans établissement : le service d'hémodialyse de KHERRATA au cours d'une durée de 40jours, 15 jours à été consacré à observer et s'informer d'avantage sur l'état de ses sujets et de s'approcher aussi d'eux pour avoir leur confiance et leur consentement pour accéder à l'entretien clinique.

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

- La passation du guide d'entretien :

Au cours de l'entretien, les sujets étaient alités, répondent aux questions qui concernent leur relation avec la famille, leur situation actuelle, mais vis-a- vie de l'insuffisance rénale chronique, le traitement par hémodialyse et ses effets secondaire sur la cote psychique.

Durant cet entretien, la plus part des sujets ne comprennent pas la langue française, et cela a rendu l'application du guide d'entretien un peu difficile ce qui nous à obligés à tout traduire en langue maternelle.

-la durée de l'entretien est 40 à 45 minutes.

- **L'administration de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg/ :**

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

La passation de l'échelle n'était pas individuelle, mais le sujet allongé sur un lit dans la salle qui contient 13 personnes et cela est durant la séance de dialyse.

V-Les difficultés de la recherche :

Au cours de la réalisation de notre travail de recherche, de multiples obstacles rencontrés nous citons :

A l'université :

Manque de documentation spécialisée, d'ouvrages traitant notre thème de recherche.

l'établissement : service d'hémodialyse :

Difficultés de faire l'entretien dans des bonnes conditions à cause des effets du traitement de l'hémodialyse, ajoute à cela, les entretiens se sont déroulés durant la séance de l'hémodialyse à ce moment en remarque la fatigue des patients durant le traitement de la dialyse, en plus les sujets se sont installé l'un près de l'autre, ce qui les met en difficulté pour s'exprimer, sans oublier l'intervention des infirmiers à chaque fois pour régler le générateur.

Difficulté des patients à comprendre la langue française, ce qui nous à obligés de leur traduire les questions de l'échelle, ainsi qu'à se communiquer avec la langue maternelle.

Malgré tous ses obstacles, il ne faut pas oublier les points positifs de ce travail qui nous a permis également de connaître le terrain, et surtout, d'avoir des liens avec ses sujets et aussi de partager leur souffrance.

Conclusion

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

La population ciblée est celle des personnes hémodialysées, en ce qui concerne la collecte des données on a utilisé l'entretien clinique, l'entretien semi-directif et l'échelle d'estime de soi de Rosenberg afin d'arriver aux objectifs de cette recherche.

Chapitre IV

Présentation, analyse et discussion des hypothèses.

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

Préambule.

I- présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique et de l'échelle d'estime de soi de « Rosenberg».

I.1. Sujet 1.

I.2. sujet 2.

I.3. sujet 3.

I.4. sujet 4.

I.5. sujet 5.

I.6. sujet 6.

I.7. sujet 7.

I.8. sujet 8.

I.9. Sujet 9.

I.10. sujet 10.

-analyse générale de l'entretien de l'ensemble des sujets.

-discussion des résultats.

II-discussion des hypothèses.

Préambule

Après avoir exposé nos outils de recherche et la population, on va essayer de présenter nos sujets de recherche, les résultats obtenus durant l'entretien clinique ainsi les résultats de l'échelle d'estime de soi de « Rosenberg » et tout cela dans le but de confirmer ou infirmer les hypothèses.

I-présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique et de l'échelle d'estime de soi de « Rosenberg » :

I-1-Présentation et analyse de l'entretien du premier cas(R.H) :

I-1-1-Information personnelles du sujet :

Mme (R.H) âgée de 60 ans mariée, mère de neuf (9) enfants atteinte d'une insuffisance rénale chronique depuis 3 ans, habite à DARGUINA elle est de taille moyenne, calme toujours souriante avec nous.

I-1-2-Présentation et analyse de l'entretien :

Pendant l'entretien notre sujet a bien participé elle disait : « je me suis bien, et je suis prête à vous répondre à toutes vos questions ».

On a posé la question à notre sujet sur son traitement actuel et comment le vivre ? Elle disait « mon traitement c'est la dialyse » d'après son silence nous indiquons que sa vie est difficile, elle a dit « je suis entraînée de vivre une vie difficile à cause de cette maladie ».

La maladie de notre sujet a commencé depuis 2011 de certaines manifestations comme l'hypertension artérielle. Mme (R.H) dit « quand j'ai reçu ma première hémodialyse, j'étais vraiment déçue et toujours triste et je ne parle avec personne ».

Notre sujet elle nous a dit « après ma maladie, j'ai senti les maux de tête et les vertiges et quand j'ai consulté le médecin et d'après la radio il m'a assuré que j'ai une cardiopathie et il m'a prescrit des médicaments, j'ai consulté un spécialiste il a trouvé que rien ne fonctionne plus, j'ai fait la fistule après deux mois, après je me suis déplacé au service d'hémodialyse à KHERRATA et je fais une séance pendant une heure et je me suis évanoui à cause de la machine et avec le temps je me suis habitué.

Chapitre IV Présentations, analyse et discussion des hypothèses

On a remarqué chez notre sujet l'absence de courage et des réactions anormale elle disait « je besoins d'aide parce que je souffre de cette maladie ».

Ce qui perturbe notre sujet c'est le fait quelle a perdu l'espoir et la confiance en soi elle disait « je me suis différente de ce que j'étais, je ne peux rien faire de sa ».

Mme(R.H) se voit toujours malade incapable, diminué, il lui manque toujours quelque chose. A partir du résumé d'entretien ci-dessus nous avons remarqué que le sujet R.H présente une estime de soi faible c'est ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante :

I-1-3-Présentation et discussion du résultat de l'échelle de « Rosenberg » :

Sujet	Sexe	Age	Estime de soi
R.H	Féminin	60 ans	25

Tableau 3 : Résultat de l'échelle de « Rosenberg » pour le sujet « R.H ».

Après la passation de l'échelle de Rosenberg Mme(R.H) a obtenu un score de 25 points ces résultats nous montrent que notre sujet d'étude éprouve une estime de soi faible.

Synthèse du cas :

Mme(R.H) n'est pas satisfaite de son état de santé, c'est ce qui a introduit chez elle un sentiment d'infériorité par apport aux autres, elle vécu une grande partie de sa vie entant que personne hémodialysé. Donc cette maladie chronique a une influence négative sur la vie psychique de notre patient.

I.2. Présentation et analyse de l'entretien du deuxième cas (B.Z) :

I.2.1. Informations personnelles:

Mme (B.Z), une femme de 60 ans, habite à KHERRATA, elle a récemment découverte sa maladie d'insuffisance rénale chronique et cela depuis environs 23ans, mariée elle a huit (8) enfants, elle est de taille moyenne et de bonne humeur quand son état s'améliore. Elle est la seule malade qui atteinte l'insuffisance rénale chronique dans sa famille.

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

Mme(B.Z) souffre d'une insuffisance rénale chronique depuis 23 ans à cause d'une hypertension artérielle.

A l'annonce de diagnostique, elle disait : « J'ai la patience et je peu supporté cette maladie malgré la douleur ».

Notre sujet voit que le fait d'être malade faisait parti de son destin, et aussi a l'âge de l'être. Elle disait : « Je pense a rien, j'accepte mon cas, parce que J'ai une forte foi et je crois vraiment au destin, pour moi la vie reste toujours un passage, et la mort c'est la fin de toute le monde ».

Elle rajoute : « Je ne trouve pas des difficultés de prendre des décisions, j'ai la confiance en moi et je garde toujours le sourire sur mon visage ».

Pendant l'entretien on a constaté que notre sujet refoule ses sentiments de peur et d'inquiétude et éprouve comme un besoin de se montrer fort même devant nous. Ou il semble ne pas voir clairement la gravité de la situation.

A partir de résumé d'entretien ci-dessus nous avons remarqué que le sujet (B.Z) présente une estime de soi faible .ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante.

I.2.3. présentation et discussion des résultats de l'échelle de « Rosenberg » :

Sujet	Sexe	Age	Estime de soi
B.Z	Féminin	60ans	25

Tableau 4 : Résultat de l'échelle de « Rosenberg » pour le sujet (B.Z)

Chapitre IV Présentations, analyse et discussion des hypothèses

D'après les résultats on a remarqué que Mme(B.Z) présente un score de 25 pour estime de soi, ce qui la classe dans l'estime de soi faible.

Synthèse du cas :

On se réfère aux résultats de l'entretien et de l'échelle qu'on a effectué avec la patiente on peut conclure que Mme(B.Z) a une estime de soi faible.

I. 3.Présentation et analyse de l'entretien de troisième cas (R.N):

I. 3-1 .Informations personnelles :

(R.N) une femme âgée de 51 ans habite à kHerrata, elle est issue d'une famille pauvre. C'est une femme de grande de taille, son aspect physique ne montre pas le reflet d'une femme malade atteinte d'une insuffisance rénale chronique depuis 6ans, mère de six 6 enfants.

Mme(R.N) est considérée le seule membre malade attient d'insuffisance rénale chronique dans sa famille.

I.3.2-Présentation et analyse de l'entretien :

Mm(R.N) souffre d'une insuffisance rénale chronique à cause d'une hypertension artérielle dont elle était atteinte.

A l'annonce de sa maladie, elle avait une réaction anormale elle était surpris.

Pour notre sujet, ce traitement n'est qu'un choc péniblement à habitué aux séances de dialyse comme elle dise : « mon grand problème c'est de s'adapté a la machine qui me fait souffrir ».

Le traitement de notre sujet est défois avec le cathéter au cou ce qui le gêne à bouger aussi à s'endormir dans une bonne position.après j'ai fait la fistule au bras elle nous racontait : « je vie dans l'obscur et la misère car je souffre tout le temps».

Ce qui perturbe vraiment notre sujet c'est la peur de mourir elle a dit : « quand j'entends la mort d'un malade dialysé la peur de mourir me tu ».

Notre patiente souhaitait d'être en bonne santé, elle dit : « j'aimerais bien devenir comme j'étais, forte, saine, active pour accomplir tout les taches. ».

On a remarqué pendant l'entretien que cette patiente est mécontente de son état de santé et souffre d'un manque de confiance en soi.

A partir du résumé d'entretien ci-dessus, nous avons remarqué (observé) que le sujet(R.N) présente une estime de soi faible, c'est ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante.

I.3.3-Présentation et discussion des résultats de l'échelle de « Rosenberg » :

Sujet	Sexe	Age	Estime de soi
R.N	Féminin	51 ans	28

Tableau 5 : Résultat de l'échelle de « Rosenberg » pour le sujet « R.N ».

Après la passation de l'échelle de « Rosenberg » madame(R.N) a obtenu un score de 28 point pour total estime de soi, ces résultats nous montre que notre sujet d'étude éprouve une estime de soi faible.

Synthèse du cas :

Plus les années passe, plus Mme (R.N) est envahie par des sentiments de manque d'estime de soi et de stress permanent liée a son quiétude d'apparition d'avantage complication qui la rendraient dépendante des autres.

Notre sujet voit que sa maladie est devenue un obstacle qui le prive de sa liberté ainsi que de ses activités habituelle bien que son estime de soi rend ses ambitions et son bonheur très limité.

I.4 .présentation et analyse de l'entretien du quatrième cas (L .KH) :

I.4.1-Informations personnelles:

Mme(L.KH) âgée de 69ans mariée, mère de cinq (5) enfants atteinte d'une insuffisance rénale chronique depuis un mois, habite a Ait SMAIL, elle est de taille moyenne, il parle trop surtout avec l'équipe soignant, toujours souriante avec nous.

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

Il ya environ un mois, quant elle a eu des symptômes étranges : une grande fatigue, fièvre, hypertension artérielle, enflure de ses pieds.

La première fois elle a crue que c'est un surmenage, mai avec le temps elle a senti que sa situation et vraiment compliquer.

Après la consultation d'un médecin spécialiste, il a diagnostiqué que ses rein ne fonctionnent plus.

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

Il n'arrivait pas à croire qu'elle atteinte une maladie aussi grave comme cella : « j'ai déjà accepté d'être malade de cholestérol et je ne suis pas capable d'accepter encor une autre maladie : être hémodialysée.

L'atteinte de cette maladie chronique à engendré chez elle d'autre trouble psychologique tel que : le manque de confiance en soi et l'inquiétude comme elle disait : « je me sens faible, malheureuse, marginalisée et la dernière para port aux autre, impossible d'avoir une force pour changer ».

Le vrai cauchemar de cette maladie c'est d'être dépendant d'une machine comme elle disait : « quand j'insiste au séance de dialyse je sent une véritable angoisse ».

Mme est soutenue par toute la famille se qui lui donne un peu de courage pour surmonter son état.

Chapitre IV Présentations, analyse et discussion des hypothèses

À partir du résumé d'entretien ci-dessus, nous avons observé que le sujet(L.KH) présente une estime de soi faible c'est ce qu'on va confirmer l'échelle suivante.

I.4. 3.présentation et discussion des résultats de l'échelle de « Rosenberg » :

sujet	sexe	âge	Estime de soi
L.KH	féminin	69ans	25

Tableau 6 : résultat de l'échelle de Rosenberg pour le sujet (L .KH).

D'après le score du teste de l'estime de soi, on a découvert que Mme(M.KH) présente une estime de soi faible et que cela est du au traitement d'insuffisance rénale chronique.

Synthèse du cas :

En se référent a l'entretien et le résultat obtenus par le sujet « L.KH », en trouve que le traitement de l'insuffisance rénale chronique pour notre sujet est difficile à supporter : par ses contrainte de temps en temps, la fatigue et par la dépendance qui engendre chez notre sujet un sentiment d'incapacité.

I-5-présentation et analyse de l'entretien du cinquième cas (M.A) :

I.5.1 .informations personnelles du sujet :

Mr (M .A) est un jeune homme de 22ans habite à kherrata, il est récemment découvert sa maladie d'insuffisance rénale chronique et cela depuis deux ans, son niveau d'instruction 4eme année moyenne et il est actuellement sans emploi a cause de son état de santé.

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

La découverte de sa maladie est liée à certain signe : une perte de poids, une fatigue continue, les vertiges, et une faiblesse très marqué.

Mr (M.A) est allé pour consulté le médecin pour contrôler son état de santé, il a fait le scanner, d'après les résultats obtenus ont indiqué chez lui une insuffisance rénale chronique, la réaction de notre patient a été normale. Le patient a allé à l'hémodialyse pour faire la dialyse pondant deux heurs il disait « j'ai resté dix jours à l'hôpital de Sétif et je me suis revenu à KHERRATA et j'ai fait la dialyse deux fois par semaine. Après il est devenue trois fois par semaine ».

Pendant l'entretien en a remarqué que notre patient malgré sa situation il garde toujours sa confiance en lui, il nous rajoute que la maladie pour lui n'est pas un problème il disait « j'ai trouvé des résultats positifs dans ma vie, j'évite toujours des idées noir qui veulent envahir ma mémoire, je suis quelqu'un qui armé de courage et je suis comme tout les autres personnes et je rêve toujours de changer plusieurs chose en moi, et je voulais vraiment travailler pour remplir mon vide ».

I.5.3.présentation et discussion des résultats de l'échelle de « Rosenberg » :

sujet	sexe	âge	Estime de soi
M.A	masculin	22ans	34

Tableau 7 : Résultat de l'échelle de « Rosenberg »pour le sujet (M.A)

Le résultat indiquent que Mr (M.A) présent un niveau d'estime de soi forte a eu un score 25, il manifeste un désir de donner une forme d'image de soi.

Synthèse du cas :

Les données obtenues montrent que le sujet (M.A) a une attitude positive envers soi, il vit des bonnes relations avec sa famille et cela malgré qu'il soit atteint une insuffisance rénale.

I.6.Présentation et analyse de l'entretien du cas (S.A) :

I.6.1-Informations personnelles :

Mr(S.H) âgé de 34ans, marié père de trois (3) enfant atteint d'une insuffisance rénale chronique depuis deux (2) ans, habite à KHERRATA, il est de taille moyenne, toujours souriant avec nous et très timide, il est le seule malade attient d'insuffisance rénale dans sa famille.

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

Pendant l'entretien notre sujet a bien participé il disait « Je bien alaise en vous parlant ». « Demander tous ce que vous voulez si je peux vous aider, je le ferais avec plaisir ».

Durant l'année de 2012, Mr (S.A) a eu des manifestations de malaise et des complications au niveau de sa santé : une fatigue contenue, les maux de tête, une hypertension artérielle, et une enflure des pieds. Après il a consulté un médecin spécialiste et qui a trouvé que la tension artérielle très élevé, d'après les analyses qui là fait les résultats étaient comme suit : les reins ne fonctionnent plus.

A l'annonce de diagnostic : « j'étais bouleversé et choqué ».après sa première séance de dialyse, Mr (S.A) a éprouvé des sensations de peur face a se traitement « j'avais très peur, se traitement me suivra toute ma vie, je ressens un dégoût totale et une perte d'espérance, je sens la difficulté de s'adapté avec cette maladie ».

Mr (S.A) a abandonné son travail a cause de sa maladie chronique, et aux regards négatifs de son entourage face a cette maladie il disait : « je reste toujours isolé pour s'éloigner les regards des autres ».

Mr (S.A) est soutenu par toute la famille, il souhaite bien faire une greffe et d'être en bon santé, se qui lui donne un peut d'espoir pour surmonter son état.

A partir de résumé d'entretien ci-dessus nous avons remarqué que le sujet (S.A) présente une estime de soi faible ce qu'on va confirmer avec l'échelle suivante de « Rosenberg ».

I.6.3.présentation et discussion des résultats de l'échelle :

Sujet	Sexe	Age	Estime de soi
S.A	Masculin	34ans	25

Tableau 8 : résultat de l'échelle d'estime de soi de « Rosenberg »du sujet « S.A ».

D'après les résultats on remarque que Mr(S.A) présente un score de 25 points d'estime de soi, se qui la classe en degrés d'estime de soi faible.

L'échelle de d'estime de soi de Rosenberg nous a montrés que Mr(S.A) a une estime de soi faible sur son état psychique.

Synthèse du cas :

On se référant aux résultats de l'entretien et de l'échelle qu'on a effectué avec le patient, on peut conclure que Mr(S.A) à une estime de soi faible, et cela et causé par la peur et l'inquiétude.

I.7.Présentation et analyse de l'entretien du septième cas (T.S) :

I.7.1-Informations personnelles :

(T.S), un jeune homme âgé de 31 ans de KHERRATA, célibataire, vivait avec sa famille.

Notre sujet à un niveau d'étude de 9eme année moyenne et actuellement il n'occupe aucun emploi, son aspect physique montre point qu'il souffre d'une insuffisance rénale chronique depuis 15ans : il est de taille moyenne, toujours bien habillé, et toujours souriant et il aime s'amuser avec l'ensemble de l'équipe soignante.

Mr (T.S) est considéré comme le seul membre malade dans sa famille.

I.7.2.présentation et analyse de l'entretien :

Alors la maladie de notre sujet à débuté en 2000 à l'âge de 15ans ou il était élève en C.E.M, après avoir eu des manifestations et des symptômes grave et douloureux : les maux de tête, fièvre et vomissements, des difficultés respiratoires, une perte d'appétit.

C'est ainsi qu'il décide de consulter un médecin qu'il a orienté directement de voir un néphrologue.

Suite au analyse sanguines et urinaire qu'il a subit, les néphrologues on diagnostiqué chez lui une insuffisance rénale chronique, c'était un choc pour lui comme il souligne : « au début j'ai plus de courage d'accepté cette maladie car elle présente pour moi un grande obstacle et un changement radicale qui a bouleversé ma vie, mais avec le temps j'ai confirmé que l'adaptation avec la maladie est la seul solution pour suivre ma vie ».

Pour se qui concerne sa vie quotidienne il passe ces jours à la cafétéria ou il rencontre ces amis, disant : « je ne sers à rien qu'a ça ».

On a remarqué que notre sujet il est quelqu'un de sociable, il aime bien d'être avec les autres toujours souriant.

Lors de l'entretien, le contact avec Mr(T.S) était facile, l'expression de son langage été bien, claire et compréhensible, il faisait toujours de son mieux pour répondre aux questions posé.

Chapitre IV Présentations, analyse et discussion des hypothèses

A partir de résumé d'entretien ci-dessus, nous avons remarqué que le sujet(T.S) présente une estime de soi faible c'est se qu'on va confirmer avec l'échelle suivante :

I.7.3.présentation et discussion des résultats de l'échelle de « Rosenberg » :

sujet	sexe	âge	Estime de soi
T.S	masculin	31 ans	25

Tableau 9 : résultat de l'échelle de Rosenberg pour le sujet (T.S)

Après la passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et les résultats obtenus par le sujet 25 point pour l'estime de soi, et d'après ses résultats on peut dire que le sujet éprouve une estime de soi faible.

Synthèse du cas :

D'après les résultats obtenus de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, on peut dire que l'insuffisance rénale chronique à une influence négative sur la vie psychique de notre sujet.

I.8. Présentation et analyse de l'entretien du huitième cas (S.I) :

I.8.1.informations personnelles :

Mr (S.I) âgé de 51 ans, marié père de trois enfants habite a kherrata, atteint d'une maladie de l'insuffisance rénale chronique depuis 3ans, c'est un homme de taille moyenne, souriant, et très calme, on ne lui entend pas beaucoup parler, et il est le seul qui est atteint d'une insuffisance rénale chronique dans sa famille.

I.8.2.présentation et analyse de l'entretien :

La découverte de sa maladie est liée à des manifestations de certains symptômes comme la fatigue, la faiblesse et le malaise « avant la découverte de cette maladie j'ai toujours souffert d'une grave faiblesse.

Après j'ai consulté un médecin spécialiste qui a proposé de faire un scanner, malheureusement les résultats indique que mes reins ne fonctionnent plus, j'étais vraiment choquer à un point inimaginable.

Mon médecin m'a conseillé de faire directement la dialyse. C'était très pénible de placer la fistule. Il disait aussi : « je déteste la dialyse, mon corps ne supporte plus.je suis déjà diabétique, c'est normale d'atteindre cette maladie ».

On a constaté chez ce sujet une tristesse et une détresse psychologique importante.il déclare : « je suis inferieure para port aux autres, rien ne me donne la force pour survivre .je ne veut pas changer, car le destin est cruel avec moi ».

À partir de résumé d'entretien à dessus nous avons observé que le sujet(S.I) présente une estime de soi très faible ce que va confirmer avec l'échelle suivant de « Rosenberg ».

I .8.3.présentation et discussion des résultats de l'échelle de « Rosenberg » :

sujet	sexe	âge	Estime de soi
S.I	masculin	51ans	16

Tableau 10 : résultat de l'échelle de « Rosenberg » pour le sujet(S .I).

Chapitre IV Présentations, analyse et discussion des hypothèses

Après la passation de l'échelle de Rosenberg Mr(S.I) a obtenu un score de 16 points ces résultats nous montrent que notre sujet d'étude éprouve une estime de soi très faible.

Synthèse du cas :

En se référant à l'entretien et aux résultats obtenu par le sujet « S.A », on se trouve que le traitement de l'insuffisance rénale chronique pour notre sujet est difficile par ses contraintes de temps en temps, la fatigue qu'il entraîne, et le sentiment d'inquiétude et de inutilité.

I.9.Présentation et analyse de l'entretien du neuvième cas (A.S) :

I.9.1.informations personnelles :

(A.S) est un jeune homme, âgé de 23ans habite à kherrata, brun, aux yeux, de taille moyenne. Il a un niveau d'instruction de 4ème année moyenne, il exerce le métier de concierge dans une école primaire. (A.S) est considéré le seul nombre malade atteint d'insuffisance rénale chronique dans sa famille

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

Mr(A.S) a vécu une enfance et une a adolescence saines issu d'une famille pauvre, aucun problème de santé n'a été signalé chez lui, jusqu'à l'âge de 23 ans.

Mr (A.S) avait des malaises au niveau de la colonne vertébrale, des maux de tête, des insomnies, il a consulté un médecin spécialiste pour un contrôle médical, après les examens et les bilans on lui a découvert une insuffisance rénale chronique (les reins ne fonctionne plus)il faut le traiter directement par la dialyse. C'était un choc pour lui de se trouver dans cet état, comme il souligne « je n'arrive pas à croire que j'ai atteint cette maladie silencieuse et douloureuse ».il ajoute « c'est mon destin ».

Mr (A .S) décrit un changement importante fait maitre un sentiment d'inquiétude. Le patient nos a parlé d'autre complication qui ont accompagné son atteinte ; hypertension artérielle, il parle aussi de trouble du sommeil, des vomissements.

Suit a notre entretien avec (A.S) on a pu cerner quelques signes : manque de confiance en soi, disait « je déteste cette vie ».

À partir de résumé d'entretien à dessus nous avons remarqué (observé) que le sujet (A.S) présente une estime de soi très faible.

I.9.3.présentation et discussion des résultats de l'échelle de « Rosenberg »

sujet	sexe	âge	Estime de soi
A.S	masculin	23ans	25

Tableau 11 : résultat de l'échelle de « Rosenberg » pour le sujet (A.S)

Chapitre IV Présentations, analyse et discussion des hypothèses

D'après la passation de l'échelle d'estime de soi de « Rosenberg » et les résultats obtenus par le sujet score « 25 », et d'après ses résultats on peut dire que le sujet éprouve une estime de soi faible.

Synthèse du cas :

D'après les résultats obtenus de l'échelle de Rosenberg. On peut dire que l'insuffisance rénale chronique a une influence négative sur la vie psychique de notre sujet.

I.10. Présentation et analyse de l'entretien du cas (S.S) :

I.10.1.informations personnelles :

(S.S) âgé de 30ans, est un homme charmant aux cheveux noirs, brun, d'une taille moyenne, son niveau d'instruction et de 9ème année moyenne.

Notre sujet a atteint la maladie d'insuffisance rénale chronique depuis 8 ans. Pendant l'entretien (S.S) est montré triste, une personne fatigué, épuisé et très souffrante.

I.10.2.présentation et analyse de l'entretien :

Durant l'année de 2008, Mr(S.S) a eu des manifestations de malaise et des complications au niveau de sa santé : une fatigue continue, une hypertension artérielle, la faiblesse.

Mr(S.S) est présenté en consultation chez un médecin généraliste a l'hôpital de Bejaia, après plusieurs examen cliniques, le médecin a diagnostiqué chez lui une insuffisance rénale chronique qui met directement sous dialyse a l'hôpital jusqu'a nos jour.

A l'annonce du diagnostic « j'étais bouleversé et choqué » nous a raconté.

Selon le malade « je ne suis pas le seul nombre de la famille à avoir eu cette maladie chronique, ma sœur aussi elle a cette maladie mais elle est décédée »... (Un long silence)... ». Il disait aussi « avec la mort de ma sœur j'ai perdu le gout de vivre ».

Mr (S.S) se voit toujours malade, incapable diminué, il lui manque toujours quelque chose, il nous dit « j'ai perdu tout gout a la vie, plus rien ne me donne la force pour survivre ».

Notre sujet il na pas prit conscience de sa maladie, il dit « je me vois comme une personne morte, pourquoi je me suis pas comme les autres personnes ».

Mr(S.S) est soutenu par toute la famille, il souhaite bien de faire une greffe et d'être en bonne santé, ce qui lui donne un peu d'espoir pour surmonter son état.

A partir de résumé d'entretien à dessus nous avons remarqué que le sujet(S. S) présente une estime de soi faible ce que va confirmer avec l'échelle suivante de « Rosenberg ».

I.10.3.présentation et discussion des résultats de l'échelle de « Rosenberg » :

sujet	sexe	âge	Estime de soi
S.S	masculin	30ans	25

Tableau 12 : résultat de l'échelle de « Rosenberg » pour le sujet (S.S).

D'après les résultats on a remarqué que Mr (S .S) présente un score de 25 points pour l'estime de soi, ce qui le classe dans une estime de soi faible.

L'échelle de « Rosenberg » nous a montré que Mr (S.S) a un état d'estime de soi faible, cela est du a la souffrance physique et aussi psychique et le fait qu'il a du mal à accepter sa maladie.

Synthèse du cas :

Notre sujet voit sa maladie comme un obstacle qui le pris de ses habitudes et qu'il à du mal accepte à ce jour. On remarque que sa maladie l'empêche de mener une vie normale, et qu'il présente une estime de soi altérée liée aux complications de son état physique et psychique provoqué par l'insuffisance rénale chronique.

En se référant aux résultats de l'entretien et de l'échelle qu'on a effectuée avec le patient on peut conclure que Mr(S.S) n'est pas satisfait de son état de santé, donc cette maladie chronique a une influence négative sur la vie psychique de notre patient.

Chapitre IV Présentations, analyse et discussion des hypothèses

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

À partir de l'analyse des entretiens réalisés pour chaque sujets hémodialysé, nous avons remarqués que d'après tous les signes qu'ils représentent, personne ne s'attendait d'avoir une telle maladie ils étaient tous choqués.

La plupart d'entre eux n'ont jamais connu l'insuffisance rénale chronique ce qui a engendré chez eux une souffrance.

En ce qui concerne leurs relations avec leurs familles, nous avons remarqué que la plupart des cas ont eu le soutien qu'ils méritaient en étant malades.

Tous les sujets ont annoncé que leur vie en général a changé depuis l'atteint de cette maladie.

Tout les symptômes constatés durant l'entretien (malaise, la nervosité, l'inquiétude ...) sont des manifestations cliniques indiquant l'estime de soi chez les patient hémodialysées est faible.

D'après tout ce qui à été dit, on conclu que la santé physique a une très grande influence sur la santé psychique.

- **Discussion des résultats :**

Pour arriver à assimiler nos résultats obtenus à travers l'échelle et les entretiens avec nos sujets on a constitué un tableau dans le quel on va confronter ces données recueillies avec nos deux hypothèses suggérées qui sont les suivantes :

- 1- le degré d'estime de soi chez les sujets hémodialysées est faible.
- 2- les sujets hémodialysées présentent une estime de soi négatif.

Chapitre IV Présentations, analyse et discussion des hypothèses

sujets	R-H	B-Z	R-N	L-KH	M-A	S-A	T-S	S-I	A-S	S-S
Score d'estime de soi	25	25	28	25	34	25	25	16	25	25
Degré d'estime	faible	faible	faible	faible	forte	faible	faible	Très faible	faible	faible

Tableau 13 : les résultats d'estime de soi de « Rosenberg » de tous les sujets.

La passation et la cotation de l'échelle d'estime de soi de « Rosenberg » nous a permis de savoir que le degré d'estime de soi de la majorité de nos sujets est faible chez les cas « 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10 » avec un score 25 et aussi présentent une estime de soi négatif.

Chez le cas « 5 » estime de soi est forte avec un score 34 et aussi présente une estime de soi positif.

Chez le cas « 8 » estime de soi est très faible avec un score 16 et aussi présente une estime de soi négatif.

Par contre, on ne trouve aucun sujet qui présente une estime de soi moyenne ou très forte dans l'échelle d'estime de soi de Rosenberg.

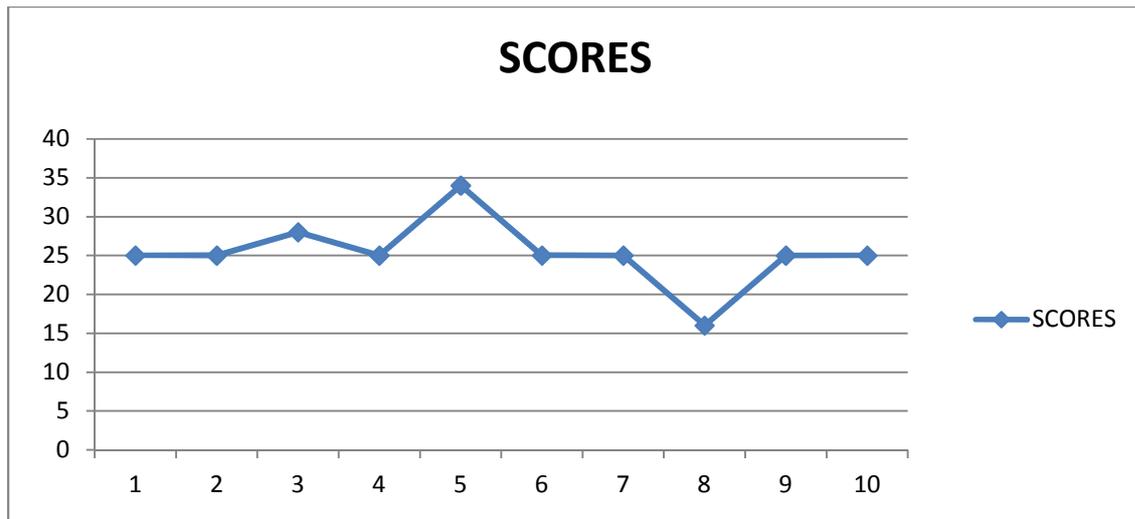


Figure 6 : Courbe présentant la différence de taux de l'estime de soi chez les personnes hémodialysées.

A partir de ce graphe, on remarque que la plus part des sujets présentent un taux d'estime de soi faible et cela est dû à plusieurs facteurs comme : souffrent des difficultés d'adaptation, les changements leur font peur, ils ont une peur d'être « découvert » critiqué. Et aussi une difficulté à communiquer de façon honnête.

Le taux d'estime de soi diffère d'un sujet à un autre, on remarque aussi que le sujet « 5 » présente une estime de soi forte, le sujet « 8 » présente une estime de soi très faible, et pour les sujets « 1,2,3,4,6,7,9,10 » présentent une estime de soi faible.

II –discussion des hypothèses :

Dans notre recherche on a tenté dévaluer le degré d'estime de soi chez les patients atteint d'insuffisance rénale chronique et cela en utilisant l'entretien semi directif et l'échelle d'estime de soi de « Rosenberg »sur nos dix cas de recherche.

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

1^{er} hypothèse : « le degré d'estime de soi chez les patients hémodialysées est faible ».

Effectivement la majorité de nos cas ont confirmé notre hypothèse, ils présentent tous un niveau d'estime de soi faible, les cas qui ont présentés un niveau d'estime de soi faible sont :(R.H), (B.Z), (R.N),(L.KH),(S.A),(T.S),(A .S)et (S.S) dont leurs moyenne globale obtenue à l'échelle (25,37).

Celle-là aussi nous semble qu'elle est confirmée grâce aux malaises, l'inquiétude et le manque de confiance en soi.

A l'exception d'un seul cas (M.A), qui a un niveau d'estime de soi forte, dont leur moyenne globale obtenue à l'échelle (34), manifesté durant l'entretien par une attitude positive en vers soi et la confiance en lui.

Et aussi un seul cas (S.I) qui a un niveau d'estime de soi très faible, dont leur moyenne globale obtenue à l'échelle (16), manifesté durant l'entretien par sentiment d'infériorité, et l'absence de courage.

2^{ème} hypothèse : « les sujets hémodialysées présentent une estime de soi négative ».

Affectivement les résultats obtenus chez les huit cas (R.H), (B.Z), (R.N), (L.KH), (S.A), (T.S), (A .S) et (S.S) on confirmés qu'ils présentent une estime de soi négative, et aussi le cas(S.I) présent une estime de soi négative.

Celle-là-aussi nous semble confirmée grâce à leurs sensations, de peur et la détresse, et les complications de leurs états physiques et psychiques provoqué par l'insuffisance rénale chronique qui influence négativement sur la vie des patients.

A l'exception d'un seul cas(M.A) qui présent une estime de soi positive cela indique qu'il vit de bonne relation avec sa famille, ce qu'il lui donne une bonne Image de soi.

Chapitre IV Présentations, analyse et discussion des hypothèses

Insuffisance rénale chronique a un impacte négative sur le degré d'estime de soi des sujet ce qui a engendré chez eux des différentes troubles psychologiques : un sentiment d'infériorité para port aux autres, la détresse, la peur, l'isolement, et aussi les refoulements. Tout ça et du aux douleurs physique et psychique qui influence de bien- être chez ces malades.

Conclusion

Conclusion

Conclusion

Dans le cadre de notre recherche intitulé « l'estime de soi chez les patients hémodialysée » on a tenté de démontrer l'implication et l'influence de la maladie de l'insuffisance rénale chronique sur l'estime de soi.

Afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté la méthode clinique, qui nous a permis une compréhension approfondie des sujets ; elle se caractérise également par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas. Dans notre recherche, on a utilisé l'entretien clinique puis ensuite nous avons appliqué un outil d'investigation échelle de « Rosenberg » afin d'évaluer le degré d'estime de soi de chaque cas.

Enfin cet outil d'investigation nous a servi pour la confirmation de nos hypothèses. D'après l'analyse des données, on a trouvé que la majorité de nos cas (08) ont une estime de soi faible à la moyenne de l'échelle de Rosenberg et aussi présentent une estime de soi négative. En plus, la prise en charge psychologique parallèlement avec la prise en charge médicale est très importante, pour cela, nous pensons qu'il est utile de recruter des psychologues au niveau des services d'hémodialyse, qui pourront avoir une écoute attentive à leurs préoccupations majeures, car nous avons remarqué que les patients se sentent soulagés après avoir exprimé leurs souffrances internes.

Cette étude nous a permis d'aboutir à un certain nombre de remarques comme : le degré d'estime de soi chez les insuffisantes rénales chroniques varie d'un cas à un autre.

Enfin, il faut noter que cette recherche reste une bonne et unique expérience en termes d'apprentissage à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plus personnel, humain et en particulier sur le plan pédagogique.

Ainsi elle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de la santé à savoir, l'insuffisance rénale chronique et comprendre leur vécu psychique et leurs souffrances.

Pour conclure cette étude peut permettre à d'autres étudiants d'effectuer des études concernant ce même sujet sous un autre angle, on peut approfondir et de mettre l'accent sur les maladies chroniques et leur influence sur le psychique des malades nous avons pensé.

Il reste à dire que même si on est arrivé à ces résultats, mais nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures :

Conclusion

- est-ce que les insuffisantes rénales chroniques ont besoin d'une prise en charge psychologique ?
- est-ce qu'il y aura d'autres traitements à l'avenir en dehors de l'hémodialyse pour cette maladie ?

La liste bibliographique

Les Ouvrages :

1. Anne-laure Padilla.L'estime de soi chez les enfants à haute potentiel intellectuel. Mémoire en master 1, Aix-en-provance, 23juin 2009.
2. Chahraoui, KH. & Benony,H . (1999).entretien clinique. Paris, Dunod.
3. Delphine, M. (1995).le soi approches psycho sociales. Paris, Presses universitaires de Grenoble.
4. Elaine, N. (1999). Anatomie et physiologie humain. Renouveau pédagogique.
5. Jacques, H. (1997).étude de cas et sciences sociale. Collection outils de recherche. Édition Harmattan.
6. Josiane le saint Paul. (1999).estime de soi, confiance en soi. Paris, inter édition.
7. Marie, Paul de la langeas. Christie, A. & Michel, P .l'infirmier (e) en néphrologie-AFIDTN-Masson, 1er édition mai 1997,2éme édition mai 2003.
8. Pallot, J, L. & Augendre, L. (2007).travaux, traitement de l'insuffisance rénale : HDI et HFVVC., Edition Montreuil.

Revues

9- Christine, D, M., & Catherine. (2014/2/N°5). vivre avec la maladie expériences épreuves résistances. Édition l'Harmattan.

10-Emmanuel. (2010).la maladie chronique ou le temps douloureux. Édition ERES.

11-Pierre, D. (2012).savoir vivre la maladie. Édition l'Harmattan.

12-Radermacher, L. (2004).Guide pratique d'hémodialyse.

Dictionnaires :

13. Bloch, H. & Col. (1997).dictionnaires fondamental de la psychologie. Bordos, Edition Larousse

14. Bloch, H. (1995).grand dictionnaire de la psychologie. Paris, Edition Larousse.

15. Christian, L. (2005). La petite larousse.Québec, Edition Larousse.

16. Naudin, C. & Grumbach, H. (2000).Larousse médical.

17. Ybert, E. & Al.(2001) .dictionnaire médicale Larousse.

Web graphique :

Rein-echos.fr/_ancienne_version/WP.../cours-FORMA-texte.pdf.(consulté le : 19/01/2015 à 12 :49).

[Http : www.psychomédia.qc.ca/lexique/définition/concept-de-soi](http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/définition/concept-de-soi).(consulté le : 10/04/2014 à 19 :52).

<http://www.socnéphrologie.org/eservlce/calcul/DFG.htm>
.(consulté le : 09/04/2015 à 10 :49).

<http://www.socnephrologieorg/PDF/epo/référence/marchea/infos/ficheinfo-hémodialyse.pdf>.(consulté le 14/02/2015 à 17:20).

[Http : www.occe.coop/ad67/estime de soi/PDF/4.eps/1^{er}/at./005.PDF](http://www.occe.coop/ad67/estime_de_soi/PDF/4.eps/1^{er}/at./005.PDF). (Consulté le : 11/04/2015 à 11 :01).

<http://www-santé-ujf-grenole.fr/SANTE/>. (Consulté le : 09/04/2015 à 15 :20).

<http://www.nephrocarefrance.fr/3265.Htm>. (consulté le : 02/02/2015 à 16 :30).

[http://www.vincentbourquin.files.wordpress-comme/2009/12/ladialyse peritoniale.pdf](http://www.vincentbourquin.files.wordpress-comme/2009/12/ladialyse-peritoniale.pdf).(consulté le :10/02/2015 à 15 :10).

[Http: www.fnair.fr/images/édit 84.PDF](http://www.fnair.fr/images/édit_84.PDF). (Consulté le : 19/03/2015 à 18 :30).

<http://www.santé,uhf-grénole.fr/santé>.(consulté le 09/04/2015 à 10 :30).

<http://fr.medipedia.be/insuffisance-rénale>.(consulté le (16/05/2015 à 12 :43).

La liste des annexes

Annexe « A »

Guide d'entretien

Axe I : Informations sur le sujet

- 1- Quel est votre nom ?
- 2- Quel est votre âge ?
- 3- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 4- quel est votre profession ?
- 5- quel es votre situation matrimoniale ?
- 6- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

Axe II : Les informations concernant l'état de santé actuelle.

Dans ce premier axe on va essayer de rassembler des informations qui concernent l'état de santé actuelle de nos sujets.

- 1- Quel est votre traitement actuel ? Et comment vous le vivez ?
- 2- Quand vous avez reçu votre première hémodialyse ? Et comment vous vivez cette maladie ?
- 3- Parlez nous de votre maladie et comment s'est développée ?
- 4- Quelles sont les complications de votre maladie ?
- 5- Étiez-vous hospitalisés à cause de cette maladie ? Combien de fois ?

6- Avez-vous besoin de l'aide d'une tierce personne dans votre vie ?

7- Y a-t-il des personnes qui souffrent de la même maladie dans votre famille ?

Axe III : Les informations concernant l'état de santé antérieure.

Dans cet axe l'intérêt sera portée sur l'état de santé qui précède cette maladie.

1- Est-ce que vous étiez affecté par d'autres maladies justes avant cette maladie (IRT) ?

2- Avez-vous été hospitalisés à cause d'une autre maladie ?

3- Avez-vous subi des interventions chirurgicales avant cette maladie ?

4- Quelles étaient les conséquences de cette maladie sur votre vie ?

5- Quel était votre sentiment face à votre état maladif durant cette période ?

6- Pour vous, quelle est la cause principale d'apparition de votre maladie ?

AXE IV : Les informations concernant l'estime de soi.

Les questions posées dans ce dernier axe concernent l'estime de soi.

1- comment vous vous voyez par rapport aux autres ?

2- vous faites confiance en vous ?

3- est-ce que vous trouvez des difficultés lors de la prise de décisions ?

4- avez-vous envie de changer quelque chose en vous si vous le pouvez ?

5- voyez vous que vous êtes capable d'accomplir une tâche ?

Remarque:

Si le patient a anticipé spontanément sur des réponses à des questions prévues par nos chercheurs, nous éviterons de les poser ultérieurement.

Annexe « B »

Echelle d'estime de soi de Rosenberg.

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue :

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. de façon plus simple, l'estime de soi peut – être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive (voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive... »).

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi. « Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié ».

Tout a fait en désaccord(1), plutôt en désaccord(2), plutôt en accord(3), tout a fait en accord(4).

1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre 1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. 1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté 1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens 1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi. 1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même. 1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi. 1-2-3-4

8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même 1-2-3-4

9. Parfois je me sens vraiment inutile. 1-2-3-4

10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien. 1-2-3-4

Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores à la question **1, 2, 4, 6 et 7.**

Pour les questions **3, 5, 8, 9 et 10**, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le Chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

-Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est **très faible**. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

-Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est **faible**. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

-Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans **la moyenne**.

-Si vous obtenez un **score compris entre 34 et 39**, votre estime de soi est **forte**.

-Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.